D. Vital Durand

ORDONNANCES

7e édition

2021

200 prescriptions courantes
en médecine

MALOINE

Sous la direction de Denis VITAL DURAND
Professeur de Thérapeutique

ORDONNANCES 2021

200 PRESCRIPTIONS COURANTES EN MÉDECINE

7e édition

Philippe BERTIN (Rhumatologue)
Caroline DEMILY (Psychiatre)
Hervé DEVILLIERS (Interniste)
Stéphane DURUPT (Interniste)
Pierre-Vladimir ENNEZAT (Cardiologue)
Samia HAMZA (Hépato-gastro-entérologue)
Patrick HILLON (Hépato-gastro-entérologue)
Laurence LE CLEACH (Dermatologue)
Myriam LOCATELLI SANCHEZ (Pneumologue)
Sabine MAINBOURG (Interniste)
Christine ROUSSET-JABLONSKI (Gynécologue)
Émilie SBIDIAN (Dermatologue)

Conseiller d'édition
Professeur Jean-François D'IVERNOIS

MALOINE
www.maloine.fr
2020

Comme toute science, la médecine est en évolution constante. La recherche et l'expérience clinique élargissent nos connaissances en permanence, en particulier en ce qui concerne la thérapeutique et les traitements médicamenteux. Chaque fois qu'une posologie ou une application est mentionnée dans cet ouvrage, le lecteur peut compter sur le fait que les auteurs, l'éditeur et la maison d'édition ont pris le plus grand soin pour que ces données correspondent à l'état des connaissances à la date de parution du livre.
Néanmoins, la maison d'édition ne peut pas garantir les indications concernant les posologies et les formes d'application. Chaque utilisateur est tenu de vérifier par une analyse soigneuse des notices des produits utilisés, et éventuellement en consultant un spécialiste, la concordance des recommandations concernant les doses et les contre-indications précisées dans cet ouvrage. Ce contrôle doit être effectué avec d'autant plus d'attention pour des produits utilisés rarement, ou bien pour ceux qui viennent d'être autorisés sur le marché. Chaque posologie ou application est de la responsabilité propre de l'utilisateur Les auteurs et la maison d'édition demandent à chaque lecteur de leur communiquer toute inexactitude qui serait relevée dans cette édition.

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5 2e et 3e alinéas, d'une part, que les copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans le but d'exemple ou d'illustration, toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite (article L. 122-4 du Code de la propriété intellectuelle).
Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du CPI.

Tous droits de reproduction, d'adaptation et de traduction réservés pour tous pays.

© 2020, Éditions Maloine – 23, rue de l'École-de-Médecine, 75006 Paris – France
Dépôt légal : septembre 2020 – ISBN : 978-2-224-03615-7

Imprimé en Slovaquie

Préface

« Ordonnances – 200 prescriptions courantes en médecine » met à la disposition des professionnels de santé une aide concrète et maniable pour la rédaction et/ou l'analyse d'une ordonnance et des recommandations associées.

En effet, les médicaments, leurs indications et leurs modalités de prescription évoluent rapidement. Beaucoup d'internes, de jeunes médecins et parfois de plus anciens hésitent au moment de rédiger une ordonnance. La DCI exacte a été oubliée, la posologie ou la durée de prescription doivent être vérifiées, les interactions sont mal connues. Le souci de la pathologie iatrogène nécessite la mémorisation constante des précautions d'emploi, ce qui n'est pas toujours aisé avec des molécules d'utilisation peu fréquente… Pour leur offrir une assistance immédiate, une équipe de spécialistes a rédigé ces **ordonnances commentées** correspondant à des situations cliniques fréquentes dont le cadre diagnostique est préalablement rappelé.

Les ordonnances sont **rédigées de façon précise en DCI**, avec la posologie correspondant à la situation décrite. Les contre-indications et les précautions d'emploi sont préalablement rappelées dans un paragraphe spécifique. Les **règles hygiénodiététiques** sont détaillées, de même que les principales situations particulières liées à une pathologie associée ou à un terrain à risques. Les principes généraux de la surveillance sont également fournis.

Cet aide-mémoire est rédigé conformément aux recommandations de pratique et aux ouvrages de référence en thérapeutique. Il constituera un outil précieux pour tous ceux, médecins, pharmaciens, infirmières, étudiants, qui sont amenés à prescrire ou à surveiller un traitement. Une fiche consacrée à « l'information des malades » et une autre à « l'éducation thérapeutique » rappellent les principaux éléments de ces aspects essentiels de la prise en charge.

Professeur Denis VITAL DURAND

Sommaire

Préface V
Abréviations XI
Information des malades et observance thérapeutique
Aide à la décision 1
Éducation thérapeutique des malades 5
Antalgiques opiacés : le bon usage 9
Antibiotique : le bon usage 15
Accident ischémique transitoire 21
Acouphène 25
Acné de l'adolescent et de l'adulte jeune 29
Activité physique et sportive pour la santé
(prescription médicale) Exemple du surpoids 35
Adénome prostatique
ou hyperplasie bénigne de la prostate 41
Agitation aiguë 47
Algie vasculaire de la face 51
Algodystrophie 57
Alopécie de l'adulte 61
Anémie par carence
en acide folique et/ou en vitamine B12 65
Anémie par carence en fer 69
Angine ou amygdalite aiguë 73
Angor stable ou angine de poitrine 77
Aphtose buccale récidivante 83
Artériopathie oblitérante des membres inférieurs 87
Arthrose : gonarthrose, coxarthrose 91
Ascaridiose 95
Ascite cirrhotique 99
Asthme aigu ou exacerbation d'asthme 103
Asthme chronique 107
Bactériurie asymptomatique 113
Bronchopneumopathie chronique obstructive 117
Bronchite aiguë 123
Brûlure cutanée 127

Candidose digestive 133
Canicule et « coup de chaleur » 137
Céphalées de tension 143
Chondrocalcinose articulaire 147
Coliques hépatiques 151
Coliques néphrétiques 155
Conjonctivite aiguë 159
Constipation 163
Contraception intra-utérine 167
Contraception œstroprogestative 171
Contraception d'urgence(hors DIU au cuivre) 175
Convulsion fébrile du nourrisson et de l'enfant 179
Crampes musculaires 183
Crohn (maladie de) 187
Cure thermale(prescription médicale) 193
Cystite aiguë simple 197
Cystite aiguë à risque de complication 199

Dénutrition de l'adulte 203
Dépression réactionnelle 207
Dermatite atopique 211
Dermatophytie de la peau glabre 215
Dermatophytie unguéale, plantaire, interorteil, inguinale 217
Dermatose du siège chez le nourrisson 221
Dermite séborrhéique de l'adulte 223
Diabète de type 2 225
Diarrhée aiguë de l'adulte 231
Diverticulose et diverticulite coliques 235
Douleur aiguë 239
Dysménorrhée 243

Eczéma de contact 247
Élimination des acariens 251
Embolie pulmonaire : traitement curatif 255
Endocardite infectieuse : prévention 261
Endométriose et adénomyose 265
Énurésie 271
Érysipèle d'un membre inférieur 277
Érythème noueux 281

Fibrillation atriale 285
Fibromyalgie 291

Fièvre chez l'enfant 295
Furonculose 299

Gale 303
Gastrite 309
Gastroentérite aiguë infectieuse 315
Glossodynie 319
Gonococcie 325
Goutte 329
Grippe 333

Hémochromatose 337
Hémorroïdes 341
Herpès cutanéomuqueux 345
Hirsutisme 349
Hoquet persistant chez l'adulte 355
Horton (maladie de) 359
Hyperactivité vésicale 363
Hypercholestérolémie de l'adulte 367
Hyperhidrose 373
Hypertension artérielle essentielle de l'adulte 379
Hypotension orthostatique 385
Hypothyroïdie périphérique de l'adulte 389

Impétigo 393
Impuissance sexuelle ou dysfonction érectile 397
Infection génitale à *Chlamydia trachomatis* 403
Infection génitale à mycoplasmes 409
Infection urinaire de l'adulte : généralités 413
Insomnie 417
Insuffisance cardiaque chronique 421
Insuffisance respiratoire chronique 425
Insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs 429

Lichen plan 433
Lichen scléreux génital 439
Lombalgie aiguë 443
Lombosciatique d'origine discale 449
Lucite estivale 455
Lyme (maladie de) – Morsure de tique 459
Lymphœdème des membres inférieurs 463
Lymphœdème du bras 467

Ménopause (traitement hormonal) 471
Migraine de l'adolescent et de l'adulte 477
Molluscum contagiosum 481
Mononucléose infectieuse (MNI) 485
Mycose vulvovaginale 489

Névralgie trigéminale 493

Obésité non compliquée de l'adulte 497
Orgelet et chalazion 501
Ostéomalacie 505
Ostéoporose 509
Otite externe 513
Otite moyenne aiguë 517
Oxyurose 523

Paget (maladie osseuse de) 527
Pancréatite chronique 531
Parkinson (maladie de) 535
Pédiculose du cuir chevelu 541
Péricardite aiguë 545
Perlèche 549
Pityriasis versicolor 553
Pneumopathie aiguë communautaire de l'adulte 555
Polyarthrite rhumatoïde 561
Prostatite aiguë 565
Prurit 569
Pseudopolyarthrite rhizomélique 573
Psoriasis 577
Pyélonéphrite aiguë simple ou à risque de complication sans signe de gravité 581

Raynaud (phénomène de) 585
Rectite radique 589
Reflux gastro-œsophagien 593
Rhinite aiguë et rhinopharyngite 597
Rhinite chronique 601
Rosacée 607

Schizophrénie 611
Sécheresse buccale ou xérostomie 617
Sécheresse cutanée ou xérose 621
Sécheresse oculaire 625

Sécheresse vaginale 629
Sevrage alcoolique 633
Sevrage d'une dépendance aux opiacés 639
Sevrage tabagique 645
Sinusite aiguë 649
Splénectomie : prévention des infections 655
Spondylarthrite ankylosante 659
Surdité brutale unilatérale 663
Syphilis primaire 667

Tachycardies jonctionnelles ou rythmes réciproques 671
Taeniasis 677
Thrombose veineuse profonde : traitement curatif 681
Thrombose veineuse superficielle 687
Toux de l'adulte 691
Tremblement essentiel de l'adulte 695
Trichomonose 699
Trouble anxieux aigu et attaque de panique 703
Trouble anxieux chronique 707
Trouble bipolaire 711
Troubles du comportement alimentaire 717
Troubles fonctionnels digestifs 721

Ulcère gastrique et ulcère duodénal 725
Ulcère des membres inférieurs 729
Urétrite aiguë chez l'homme 733
Urticaire aiguë 737

Vaginose bactérienne 741
Varicelle 745
Verrues cutanées 749
Vertige positionnel paroxystique bénin 751
Vitiligo 755
Vomissements et nausées chimio-induits 759

Zona 765

Index 769

Abréviations, acronymes, sigles

AAP : antiagrégant plaquettaire
ADH : hormone antidiurétique (*AntiDiuretic Hormone*)
ADP : adénopathies
AINS : anti-inflammatoire non stéroïdien
AIT : accident ischémique transitoire
AMM : autorisation de mise sur le marché (médicament)
AOMI : artériopathie oblitérante des membres inférieurs
ARA II : antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II
ATB : antibiotique
ATCD : antécédent
AVC : accident vasculaire cérébral
AVK : antivitamine K
BAV : bloc atrioventriculaire (ou auriculoventriculaire)
BNP : *B-type Natriuretic Peptide*
BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive
CIA : communication interatriale (interauriculaire)
Clcr : clairance de la créatinine
CMV : cytomégalovirus
cp : comprimé
CPK : créatine phosphokinase
CRP : *C-Reactive Protein*
CU : contraception d'urgence
DAS 28 : *Disease Activity Score 28 articulations*
DEP : débit expiratoire de pointe
DIU : diplôme interuniversitaire
DIU : dispositif intra-utérin
EBV : *Epstein-Barr Virus*
ECBU : examen cytobactériologique des urines
ECG : électrocardiogramme
EEG : électroencéphalogramme
EI : endocardite infectieuse

EP : embolie pulmonaire
EVA : échelle visuelle analogique
FA : fibrillation atriale ou auriculaire
FC : fréquence cardiaque
HbA1c : hémoglobine glyquée (contrôle du diabète)
FEVG : fraction d'éjection du ventricule gauche
FR : fréquence respiratoire
HBPM : héparine de bas poids moléculaire
hCG : hormone chorionique gonadotrope
HPV : *Human Papilloma Virus*
HSV : *Herpes Simplex Virus*
HTA : hypertension artérielle
HTAP : hypertension artérielle pulmonaire
IA : insuffisance aortique
IC : insuffisance cardiaque
IEC : inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine
IM : intramusculaire (voie d'administration)
IMAO : inhibiteur de monoamine oxydase
IMC : indice de masse corporelle
INR : International Normalized Ratio
IPDE5 : inhibiteurs de la phosphodiestérase de type 5
IPP : inhibiteur de la pompe à protons
IPS : index de pression systolique (diagnostic d'AOMI)
IPSS : *International Prostate Score Symptom*
IRC : insuffisance respiratoire chronique
IRM : imagerie par résonance magnétique
IST : infection sexuellement transmissible
IU : infection urinaire
IV : intraveineuse (voie d'administration)
LDLc : *Low Density Lipoprotein cholesterol*
LNG : lévonorgestrel
MI : membre inférieur
MNI : mononucléose infectieuse
MTEV : maladie thromboembolique veineuse
MTX : méthotrexate
NACO : nouveaux anticoagulants oraux

NFS : numération formule sanguine
OMA : otite moyenne aiguë
OMS : Organisation mondiale de la santé
OP (contraception) : œstroprogestative
PA : pression artérielle
PAC : pneumopathie aiguë communautaire
PAL : phosphatases alcalines
PAS : pression artérielle systolique
PCR : *Polymerase Chain Reaction*
PNA : pyélonéphrite aiguë
PO : *per os* (voie d'administration)
PR : polyarthrite rhumatoïde
PSA : *Prostate-Specific Antigen* (antigène prostatique spécifique)
PVM : prolapsus valvulaire mitral
RGO : reflux gastro-œsophagien
RTU : recommandation temporaire d'utilisation (en l'absence d'AMM)
SaO_2 : saturation en O_2
SARM : *Staphylococcus Aureus* Résistant à la méticilline
SAS : syndrome d'apnées du sommeil
SC : sous-cutanée (voie d'administration)
SGA : streptocoque de groupe A
SIADH : sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique
SMR : service médical rendu
SRAA : système rénine angiotensine aldostérone
SRO : solution de réhydratation orale
TAG : trouble anxieux généralisé
TDR : test de diagnostic rapide
THM : traitement hormonal de la ménopause
TOC : trouble obsessionnel compulsif
TSH : thyréostimuline (*Thyroid Stimulating Hormone*)
TVP : thrombose veineuse profonde
UI : unité internationale
VEMS : volume expiratoire maximal par seconde
VG : ventricule gauche
VGM : volume globulaire moyen
VHB : virus de l'hépatite B

VHC : virus de l'hépatite C
VIH : virus de l'immunodéficience humaine
VNI : ventilation non invasive
VPPB : vertige positionnel paroxystique dit « bénin »
VS : vitesse de sédimentation
VZV : *Varicella-Zoster Virus*

Information des malades et observance thérapeutique Aide à la décision

RAPPELS

Une information correcte des malades est une obligation professionnelle contenue dans le Code de Déontologie médicale et précisée dans la loi de 2002 intitulée « Droits des malades et qualité du système de santé ». Cette information, à la base de la relation de confiance indispensable entre un malade et un médecin, concerne évidemment la thérapeutique. Elle doit permettre d'obtenir le consentement du malade au traitement proposé et d'améliorer l'observance de ce dernier.

TEXTES RÉGLEMENTAIRES

- **Code de Déontologie médicale :** « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de sa maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension » (art. 35). « Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être à rechercher dans tous les cas » (art. 36).

• **La loi du 4 mars 2002** consacre deux principes étroitement liés l'un à l'autre : le consentement libre et éclairé du patient aux actes et traitements qui lui sont proposés, et son corollaire, le droit du patient à être informé sur son état de santé (article L. 1110-2 du Code de la Santé publique) et plus précisément sur :
– les différents traitements, actes et investigations proposés ;
– leur utilité et les bénéfices attendus ;
– leurs risques fréquents ou graves tels qu'ils sont connus ;
– leur urgence éventuelle ;
– les conséquences éventuelles en cas de refus ;
– l'existence d'alternatives thérapeutiques.

• Le patient doit ainsi disposer de tous les éléments nécessaires à la **compréhension de sa situation médicale personnelle, pour pouvoir donner de manière libre et éclairée son consentement** aux actes médicaux et aux traitements.

MODALITÉS PRATIQUES

• **L'information doit être délivrée personnellement par le médecin,** lors d'un entretien individuel qui peut s'appuyer sur des documents écrits ou des schémas qui sont commentés au patient. L'objectif est d'aboutir à une décision partagée en fonction des attentes du malade.

• **Le médecin doit s'assurer d'une compréhension satisfaisante par le malade.** L'information doit comporter une présentation équilibrée entre les bénéfices attendus et les risques potentiels. L'imprécision de ces données à l'échelle individuelle, le bénéfice parfois modeste du traitement et la pondération que chaque malade accorde aux différents critères (durée de survie, qualité de vie, vécu des effets indésirables, *etc.*) peuvent expliquer des positionnements très personnels par rapport aux propositions médicales.

• **Le malade peut désigner une personne de confiance** qui l'accompagne, assiste aux entretiens médicaux, conseille le malade dans ses prises de décisions. Si l'évolution rend le malade incapable d'exprimer sa volonté, la personne de confiance doit être consultée.

• **Parfois, un malade est réticent à accepter un traitement.** Il n'est pas légitime de l'inquiéter pour obtenir une décision à laquelle il n'adhère pas mais il faut plutôt expliquer pour convaincre : comprendre d'où vient la réticence (expérience personnelle ou familiale, information sur Internet, croyance erronée, *etc.*). Il est rare, si l'on prend le temps nécessaire, qu'un malade refuse formellement les propositions thérapeutiques.

• **Le consentement d'un malade au traitement proposé** est donné oralement dans la plupart des cas mais il est recommandé de préciser dans son dossier qu'une information a été fournie et, si le traitement comporte un risque potentiellement grave, il est utile (et parfois obligatoire pour certaines molécules) que le malade puisse signer un formulaire de consentement.

• **Il faut respecter les convictions du malade et un éventuel refus.** Il ne s'agit pas d'un échec personnel ni même souvent d'une rupture de confiance. La présentation d'alternatives thérapeutiques doit être effectuée et des systèmes d'aide à la décision sont susceptibles de favoriser la réflexion.

SYSTÈMES D'AIDE À LA DÉCISION

La Haute Autorité de santé a précisé différentes situations cliniques pour lesquelles des systèmes d'aide à la décision peuvent être utilisés, par exemple

– maladies mettant en jeu le pronostic vital, pour lesquelles il existe plusieurs options thérapeutiques ;

– situations pour lesquelles des traitements ou différentes prises en charge peuvent être proposés pour améliorer la qualité de vie : contrôle des naissances, modalités d'accouchement, ménopause, maladies chroniques, *etc.* ;

– situations complexes de limitation de soins, en particulier en réanimation ou en fin de vie (soins palliatifs).

CONSÉQUENCES SUR L'OBSERVANCE

• L'observance est le degré de concordance entre le comportement d'un malade et les recommandations des soignants, aussi bien au niveau de la prescription (posologies, horaires, nombre de prises, règles hygiénodiététiques, *etc.*) que du suivi thérapeutique (examens biologiques, visites de contrôle, *etc.*).

• De nombreux facteurs influent sur l'observance :
– certains favorables : administration simple (une seule fois/j par exemple), prise aisée, courte durée, bonne tolérance, guérison, *etc.* ;
– d'autres défavorables : maladie chronique, stratégie complexe, galénique inadaptée, effets indésirables, faible motivation, anxiété ou dépression, *etc.*

• Une ordonnance n'est utile que si elle est adoptée et suivie par le malade. Aussi deux facteurs essentiels doivent-ils toujours être présents à l'esprit du prescripteur :
– **la qualité de l'information :** objectifs thérapeutiques, modalités détaillées du traitement, effets indésirables potentiels (en distinguant ceux qui doivent amener à consulter voire à stopper le traitement de ceux qui sont bénins et transitoires).
– **la personnalisation de la prescription** en fonction de l'âge, des médications associées, des facteurs de risque et des souhaits du malade.

NOTES PERSONNELLES

Éducation thérapeutique des malades

RAPPELS

L'éducation thérapeutique est une démarche spécifique qui s'intègre dans le processus de soins, le plus souvent au cours d'affections chroniques. Au-delà de la relation médecin-malade indispensable à une observance correcte et à une prise en charge optimale, *il s'agit d'une approche formelle, pluridisciplinaire, centrée sur un malade donné en tenant compte de son environnement socioculturel et psychologique*.

Elle doit impliquer le maximum des intervenants professionnels concernés (médecin, infirmier, pharmacien, orthophoniste, kinésithérapeute, diététicien, *etc.*) mais aussi les associations de malades et l'entourage quand la personne en exprime le besoin. Le savoir et la perception du malade concernant sa maladie constituent des éléments importants à prendre en compte, et ce dernier doit constituer un véritable partenaire dans le choix et l'application des thérapeutiques.

OBJECTIFS

- *Renforcer les capacités du malade et/ou de son entourage* à prendre en charge son affection.
- *Rendre le malade plus autonome* par l'appropriation de savoirs et de compétences nécessaires aux adaptations (initiation ou modifications de traitements, événements intercurrents, *etc.*).
- *Permettre une meilleure acceptation de sa maladie* et améliorer sa qualité de vie.

PROCESSUS PÉDAGOGIQUE

Il est dispensé par une équipe formée à cet effet. L'arrêté du 14 janvier 2015 rend obligatoire une formation de 40 heures au minimum pour dispenser l'éducation thérapeutique auprès des patients. De nombreux diplômes universitaires (DU) ou interuniversitaires (DIU) sont proposés.

Quatre étapes pédagogiques sont identifiées dans cette démarche.

• **Un bilan éducatif individuel** dont l'objectif est l'identification des besoins éducatifs du patient et leurs liens avec les nécessités thérapeutiques et de soins.

L'équipe explore avec le patient ses connaissances et sa perception sur sa maladie et ses traitements, les facteurs de risque, les répercussions quotidiennes et les difficultés rencontrées dans sa vie familiale et professionnelle et le vécu d'éventuelles complications. En fonction de sa personnalité, de son processus d'adaptation et de ses potentialités d'apprentissage, le diagnostic éducatif consiste à identifier les apprentissages que pourrait développer le patient (acquisition de compétences d'auto-soins par exemple) lui permettant de concilier ses projets personnels et la gestion de sa maladie et de son traitement dans la vie quotidienne.

• **Un contrat d'éducation thérapeutique** dont l'objectif est d'établir avec le patient les compétences concrètes à acquérir en tenant compte de ses besoins.

La notion de contrat renforce l'engagement et la motivation des deux parties dans un projet pédagogique concerté. La motivation est l'élément essentiel soutenant l'apprentissage. Le patient doit être convaincu de la valeur pour lui des compétences à acquérir.

L'un des buts est que le patient soit capable d'éviter les principaux accidents et complications de sa maladie, et les contrats d'éducation évoluent en fonction des évènements de vie du patient et de l'évolution de ses besoins. On peut distinguer des compétences d'auto-soins et des compétences d'adaptation. Selon le contexte, certaines compétences vont se révéler plus prioritaires que d'autres.

Ces compétences peuvent être classées
- comprendre (une physiopathologie, *etc.*);
- repérer (des symptômes précoces, *etc.*);
- décider (face à une hypoglycémie, *etc.*);
- adapter (des posologies, *etc.*);
- pratiquer (une technique ou un geste d'urgence, *etc.*);
- savoir appeler (une personne référente, *etc.*);
- rechercher une information.

Bien sûr, cette liste n'est pas exhaustive.

• **Une mise en œuvre du programme personnalisé** dont l'objectif est l'acquisition effective des compétences. Ce dernier est organisé avec l'équipe soignante à partir du contrat préalable et ne peut pas être standardisé. La personnalisation intervient au regard du contexte d'application de la compétence.

En pratique, des méthodes actives et participatives, individuelles ou en groupe, sont recommandées car elles permettent au patient de pratiquer et d'éprouver une connaissance : apprentissage par essais, expérimentations et exercices, analyse de situations vécues par les patients, résolution de problèmes, entraînements à transférer dans le quotidien et dans différentes situations de vie les apprentissages réalisés.

• **Une évaluation individuelle des compétences acquises** dont l'objectif est de vérifier la qualité des réactions du patient lorsque sa thérapeutique change, que ses conditions de vie se modifient ou que des complications apparaissent.

C'est un processus continu qui porte sur les différents aspects de la maladie et, de façon plus globale, sur l'évolution du malade vis-à-vis de sa situation : organisation des connaissances, des raisonnements, des modes de décision, des savoir faire et des savoir être. Naturellement, la mesure quantitative des paramètres biologiques et cliniques, des incidents et accidents et des recours aux soins est essentielle.

EN PRATIQUE

• *Une offre d'éducation thérapeutique initiale* peut être proposée après l'annonce d'un diagnostic de maladie chronique ou après une période sans programme éducatif spécifique.

• *Une offre d'éducation thérapeutique de suivi* peut être proposée ensuite. Elle consolide les compétences du patient et les actualise. Elle permet d'encourager le patient dans la mise en œuvre de ses compétences et de soutenir ses projets de vie.

• *Une offre d'éducation thérapeutique approfondie* peut être nécessaire en cas de difficultés dans l'apprentissage, de non-atteinte des compétences choisies, de modifications de l'état de santé du patient et de ses conditions de vie ou lors du passage de l'adolescence à l'âge adulte.

Ces différentes options peuvent être sollicitées auprès de l'équipe spécialisée référente du patient.

NOTES PERSONNELLES

Antalgiques opiacés : le bon usage[1]

RAPPELS

En 2017, 17 % des Français ont reçu au moins une prescription d'opiacés, soit 12 millions de personnes. Si les prescriptions d'opioïdes faibles sont stables depuis 2004, celles d'opioïdes forts (morphine, oxycodone, fentanyl) ont plus que doublé sur la même période, essentiellement pour des douleurs chroniques non cancéreuses. **La rançon de l'efficacité antalgique est constituée d'effets indésirables qui ont motivé 2 586 hospitalisations dans l'année et entraîné au moins 207 décès** liés à une intoxication accidentelle aux opioïdes[2] (souvent associés à d'autres substances psychotropes, en particulier les benzodiazépines). L'abus et le mésusage des opiacés connaissent une croissance forte et chaque prescripteur doit envisager deux questions :

– quels sont les bénéfices et les indications des opioïdes forts dans les douleurs chroniques non cancéreuses ?
– quels sont les risques et les précautions à prendre dans ces situations ?

Les opiacés sont des substances naturelles ou synthétiques qui, en se fixant sur les récepteurs opioïdes (mu, kappa, delta), soulagent efficacement les douleurs par excès de nociception. Ces médicaments doivent être prescrits en fonction de l'intensité et de la durée de la douleur mais il faut être vigilant quant au rapport bénéfices/risques en

1. D'après le « Guide pratique à l'usage des prescripteurs » publié en 2018 par le RESeau de Prévention des ADDictions (RESPADD).
2. Ces chiffres ne prennent pas en compte les décès liés à l'usage illicite d'autres substances addictives (héroïne, traitements de substitutions, *etc.*).

raison de la toxicité potentielle et du risque de dépendance. Cela impose un certain nombre de règles à respecter strictement.

Effectuer préalablement un diagnostic étiologique

La prescription d'un antalgique puissant peut masquer des symptômes et rendre difficile (péritonite) ou retarder (métastases) l'établissement d'un diagnostic et d'un traitement spécifique.

Respecter les indications

• **Les antalgiques opioïdes faibles** (codéine, tramadol, opium) sont réservés au traitement symptomatique :
– des douleurs modérées à intenses, en première intention ;
– des douleurs ne répondant pas à l'utilisation des antalgiques non opioïdes ;
– en cas de douleurs aiguës (< 3 mois), évaluation fréquente de la douleur avec passage à un antalgique opioïde fort en cas d'inefficacité ;
– en cas de douleurs chroniques, traitement des poussées ou traitement de fond, en association avec des antalgiques non opioïdes (paracétamol, AINS, néfopam).

• **Les antalgiques opioïdes forts** (morphine, fentanyl, oxycodone, hydromorphone, tapentadol) sont indiqués dans :
– les douleurs cancéreuses intenses ou réfractaires aux antalgiques opioïdes faibles ;
– les douleurs non cancéreuses intenses et réfractaires aux autres antalgiques mais **à l'exception des douleurs fonctionnelles ou nociplastiques** (glossodynie, fibromyalgie, algodystrophie, intestin irritable, algie vasculaire de la face et autres formes de céphalées chroniques).

Vérifier les contre-indications

• Asthme grave, insuffisance respiratoire décompensée.

• Insuffisance hépatocellulaire sévère.

• Insuffisance rénale sévère.

• Associations médicamenteuses : buprénorphine (agoniste partiel), naltrexone et nalméfène (antagonistes et risque de sevrage précipité). Tramadol : IMAO.

• Opioïdes forts : traumatisme crânien, hypertension intracrânienne, intoxication éthylique aiguë.

Rechercher systématiquement des facteurs de risque de dépendance

• Plusieurs profils de consommation se distinguent :
– recherche d'effets antalgiques (75 %) : femmes (60 %), âge moyen 50 ans, antécédents addictifs et/ou psychiatriques (50 %), douleurs chroniques non cancéreuses (> 90 %) en particulier migraines et céphalées ;
– recherche d'effets psychiques autres qu'antalgiques (25 %) : hommes (> 80 %), âge moyen 36 ans, antécédents addictifs et/ou psychiatriques (> 80 %) qui obtiennent illégalement les produits (60 %).

• Plusieurs échelles permettent de préciser ce risque :
– échelle ORT *(Opioid Risk Tool)* fondée sur l'âge, les antécédents familiaux et personnels d'abus d'une substance, sur les antécédents de violences sexuelles dans l'enfance, et la présence de troubles psychologiques ;
– échelle POMI *(Prescription Opioids Misuse Index)* utile à la réévaluation en cours de traitement.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

• Respecter les posologies et la réglementation sur la prescription des stupéfiants :
– ordonnance sécurisée ;
– nom et adresse du patient ;
– durée limitée à 7, 14 ou 28 jours selon le produit ;
– posologie en toutes lettres ;
– titration morphinique si nécessaire : *cf.* ordonnance « Douleur ».

• Pas de traitement de fond injectable ou à libération immédiate dans les douleurs chroniques ++ (utiliser les formulations à « libération prolongée »).

Prévenir les effets indésirables

Ces derniers sont plus fréquents chez les sujets âgés et en cas d'insuffisance rénale (il faut dans ce cas réduire les posologies) :
– constipation : hydratation, fibres alimentaires, activité physique, ± laxatifs ;
– nausées, vomissements : métoclopramide ou métopimazine quelques jours ;
– sédation, somnolence, vertiges ;
– tramadol : épilepsie (risque de crise convulsive) ;
– bronchospasme, dépression respiratoire ;
– rétention urinaire ;
– dépendance et risque de syndrome de sevrage ;
– surdosage et overdose, susceptibles d'entraîner le décès : la naloxone est l'antidote des opioïdes ; 0,4 mg par voie IV puis 0,1 mg par voie IV toutes les minutes jusqu'à l'obtention d'une ventilation efficace ± perfusion continue en fonction de la durée de vie du produit reçu.

Réévaluer régulièrement la douleur pour adapter le traitement

- Une réduction de 2 points sur une échelle de 10 est considérée comme modérée mais cliniquement significative.
- Le traitement doit être interrompu après trois mois en l'absence d'amélioration sur la douleur ou sur la fonction ou sur la qualité de vie.
- Solliciter un avis spécialisé en cas d'augmentation rapide des doses, de comorbidité psychiatrique ou d'échec thérapeutique.
- Ne pas dépasser 150 mg d'équivalent morphine/24 heures par voie orale sans solliciter un avis spécialisé.

Informer

- Sur les effets indésirables immédiats et le risque de dépendance si traitement prolongé.
- En cas de grossesse, les douleurs peuvent être traitées par :
  – antalgiques non opiacés : paracétamol mais aspirine et AINS sont contre-indiqués ; les corticoïdes peuvent être utilisés ;
  – opiacés faibles : codéine et tramadol peuvent être prescrits ;
  – opiacés forts : utiliser plutôt la morphine.
- Enfants :
  – la codéine est contre-indiquée avant l'âge de 12 ans ;
  – utilisation possible des morphiniques en respectant strictement les posologies recommandées avec une surveillance étroite ;
  – informer du risque létal en cas d'intoxication accidentelle avec des médicaments qui doivent rester hors de leur portée.

Antibiotique : le bon usage

RAPPELS

L'impact d'une prescription antibiotique inadaptée est double : clinique avec une augmentation de la morbimortalité et écologique avec un risque d'augmentation des résistances bactériennes. Un mauvais choix probabiliste, des doses insuffisantes, une absence de réévaluation lors d'une documentation microbiologique et une durée de prescription trop longue sont les causes habituelles de prescriptions inadaptées.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• Avant toute prescription d'une antibiothérapie curatrice, le prescripteur doit se poser les questions suivantes.

Au niveau stratégique :
- faut-il prescrire une antibiothérapie ?
- faut-il faire un prélèvement bactériologique préalable ?
- quel antibiotique choisir ?
- faut-il utiliser une monoantibiothérapie ou une association ?
- le recours à la chirurgie est-il nécessaire ?

En termes pharmacologiques :
- quelle posologie prescrire ?
- quelle voie d'administration choisir ?
- quel rythme d'administration choisir ?
- quelle durée de traitement ?

• La prescription d'un antibiotique est le plus souvent probabiliste et fait suite au diagnostic clinique en ayant une *connaissance théorique des germes impliqués* dans la pathologie retenue (Tableau 1), en rappelant :
– que la fièvre ne signe pas l'infection et qu'une élévation de la *C Reactive Protein* (CRP) n'est pas en soi une indication d'antibiotique ;
– qu'il faut savoir ne pas prescrire d'antibiotique dans certaines infections des voies aériennes (rhinopharyngite, bronchite), les escarres, les ulcères chroniques et dans les infections urinaires sur sonde.

• *L'indication de prélèvement(s) bactériologique(s) préalable(s) est variable* selon le lieu d'exercice (ville/hôpital) et la présentation clinique : un **purpura fulminans** justifie une antibiothérapie immédiate et un transfert hospitalier. À l'opposé, dans une **endocardite d'Osler** non compliquée, les hémocultures sont capitales et on peut se donner le temps de leur réalisation. En cas d'**infection urinaire**, un examen cytobactériologique (ECBU) est absolument nécessaire pour la prise en charge d'une infection parenchymateuse (pyélonéphrite, prostatite). Enfin, dans les **angines**, l'intérêt des tests diagnostiques rapides est certain pour ne traiter que les angines bactériennes.

• *Le choix de l'antibiotique dépend de 3 critères* :
– l'identification du foyer infectieux (ORL, bronches, parenchyme pulmonaire, etc.), ce qui impose un diagnostic clinique précis ;
– un pari bactériologique qui nécessite de connaître les principaux germes impliqués dans le foyer infectieux (Tableau 1), ainsi que le spectre de l'antibiotique prescrit ;
– le terrain du patient : grossesse, immunodépression et surtout existence de tares viscérales pouvant se décompenser même avec une infection peu grave et justifiant une prise en charge hospitalière. La connaissance d'allergies (en particulier aux pénicillines) et les éventuelles interactions médicamenteuses (macrolides et statines, sulfaméthoxazole-triméthoprime et méthotrexate) peuvent aussi influencer le choix (Tableau 2).

• L'utilisation d'une monothérapie antibiotique est suffisante dans la grande majorité des infections, en particulier en ambulatoire. Au contraire, l'association d'antibiotiques (β-lactamine + aminoside

en règle générale) est habituelle en cas de prise en charge hospitalière des infections sévères (*S. aureus*, streptocoques ou entérocoques) ou après indentification de bactéries particulières (*P. aeruginosa*, *Acinetobacter sp*).

• *La posologie est capitale* et un échec peut résulter de doses insuffisantes. Une prescription en mg/kg est parfois nécessaire, pouvant conduire à des posologies supérieures à celles habituellement recommandées. En cas d'insuffisance rénale chronique, la posologie des antibiotiques doit être adaptée (Tableau 3) ; il s'agit souvent de patients fragiles, polypathologiques (diabète, insuffisance cardiaque) dont la prise en charge doit être discutée avec le service hospitalier de référence.

• La voie orale est souvent possible dans les infections peu sévères et en l'absence de troubles de déglutition ou d'absorption.

• Le rythme d'administration doit être adapté pour les antibiotiques temps dépendants (pénicillines), ce qui peut nécessiter 3 voire 4 administrations quotidiennes.

• *La durée du traitement doit être la plus courte possible* : en règle générale 8 jours dans la majorité des infections communautaires. Certaines infections peuvent bénéficier d'un traitement en « dose unique » : cystite simple de la femme jeune non enceinte, urétrite gonococcique, syphilis primaire et secondaire, angine à streptocoque A.

Tableau 1 – Germes et antibiothérapie probabiliste en fonction du diagnostic clinique suspecté (*cf.* fiche thérapeutique correspondante).

Site infectieux	Germes probables	Antibiotiques probabilistes
Poumon (parenchyme)	Pneumocoque, *Haemophilus influenzae*, germes intracellulaires	Pénicilline A, macrolides, pristinamycine
Urine (pyélonéphrite, prostatite)	*E. coli*	Céphalosporine 3e G IV
Peau (érysipèle)	Streptocoque	Pénicilline A
ORL (sinusite, otite)	Pneumocoque, *Haemophilus influenzae*	Pénicilline A, céphalosporine 2e G PO

Tableau 2 – Antibiotiques et principales interactions médicamenteuses.

Antibiotiques	Interaction	Type d'interaction
β-lactamines		
Amoxicilline-acide clavulanique	Digoxine	Absorption intestinale accrue de la digoxine
Céphalosporines	Furosémide	Élimination urinaire accrue des céphalosporines
Macrolides		
Clarithromycine Azithromycine	Antiarythmiques, neuroleptiques Statines, ciclosporine, *etc.* Antiarythmiques, neuroleptiques	Augmentation espace QTc Inhibiteur cytochromes . risque de toxicité Augmentation espace QTc
Tétracyclines	Contraception orale	Diminution de l'efficacité
Fluoroquinolones		
Ofloxacine, ciprofloxacine	AINS, théophylline	Abaissement du seuil épileptogène
Moxifloxacine	Antiarythmiques, antidépresseurs tricycliques	Augmentation espace QTc
Sulfamides		
Sulfaméthoxazole-Triméthoprime	Méthotrexate (MTX)	Diminution de l'excrétion du MTX et risque de toxicité
Rifampicine	Contraceptifs, anticalciques, ciclosporine, *etc.*	Inducteur cytochromes réduction d'activité
Métronidazole	Lithium	Diminution de l'excrétion du lithium : risque de toxicité
Tous les antibiotiques (ATB)	AVK	Augmentation ou diminution de l'INR nécessitant un contrôle de l'INR 48 h à 72 h après l'introduction de l'ATB

PRESCRIPTIONS

Tableau 3 – Adaptation posologique des principaux antibiotiques utilisables en ambulatoire en cas d'insuffisance rénale chronique.

Antibiotiques	Clairance (mL/min)	Posologie
Amoxicilline	10-30 < 10	1 g puis 500 mg x 3/j 1 g puis 750 mg/j
Ceftriaxone	> 5 < 5	Dose normale 1 injection/48 h
Ofloxacine	20-30 < 20	200 mg/12 h 200 mg/24 h
Lévofloxacine	20-50 < 20	500 mg puis 250 mg/12 h 500 mg puis 125 mg/j
Clarithromycine	< 30	500 mg/j
Sulfaméthoxazole-triméthoprime	15-30 < 15	Posologie divisée par 2 Éviter (sinon posologie divisée par 4)

A

Accident ischémique transitoire

RAPPELS

Bref épisode de dysfonction neurologique dû à une ischémie focale, cérébrale ou rétinienne, dont les symptômes cliniques durent typiquement moins d'une heure (70 %), sans preuve d'infarctus aigu.

Diagnostic Devant des déficits neurologiques variés, moteurs ou sensitifs, bilatéraux ou à bascule, pouvant également affecter la vision, la parole ou l'équilibre. L'accident ischémique transitoire (AIT) est une urgence qui nécessite l'administration immédiate d'aspirine, une imagerie cérébrale pour écarter un hématome, rechercher des lacunes et éliminer un saignement ou un processus expansif.

Objectif thérapeutique Prévention d'une récidive et surtout d'un accident vasculaire constitué.

➠ *Le traitement est fonction du mécanisme étiologique qui nécessite, en fonction de l'âge et du contexte, un bilan neurologique (imagerie cérébrale), cardiaque (ECG, échographie transthoracique ou transœsophagienne, holter rythmique), vasculaire (échographie-Doppler ou angio-IRM des troncs artériels supra-aortiques) et métabolique.*

➠ *Un traitement anticoagulant à posologie curative est indiqué en urgence si un mécanisme cardioembolique est retenu (30 %) et après exclusion d'une hémorragie ou d'un hématome intracrânien.*

➠ *Un traitement antiagrégant et le contrôle des facteurs de risque cardiovasculaire (HTA, dyslipidémie, diabète, tabac) sont indiqués si un mécanisme athéromateux est retenu.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

Avant la prescription d'un traitement anticoagulant

- *Recherche de contre-indications :* syndrome hémorragique ou situations à haut risque (ulcère digestif évolutif, HTA maligne, hémorragie cérébrale), ATCD de thrombopénie induite par l'héparine, insuffisance hépatique ou rénale sévère, grossesse et allaitement.
- *Recherche de terrains à risques :* sujets âgés, insuffisance rénale, poids < 40 kg, insuffisance hépatique, maladies rétiniennes, chirurgie neurologique récente.
- *Recherche d'associations contre-indiquées ou déconseillées :* AINS, antiagrégants plaquettaires.
- *Recherche d'associations à prendre en compte :* corticoïdes, thrombolytiques, dextran, inducteurs ou inhibiteurs enzymatiques.

Avant la prescription d'un traitement à visée antiathéromateuse (antiagrégants)

- *Recherche de contre-indications :* lésion hémorragique évolutive, insuffisance hépatique sévère, grossesse et allaitement.
- *Recherche de terrains à risque nécessitant une surveillance particulière :* intervention chirurgicale récente, insuffisance rénale.
- *Recherche d'associations à prendre en compte :* AINS.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Dans tous les cas, la survenue brutale d'un déficit neurologique justifie l'**administration immédiate de 250 mg d'acétylsalicylate de lysine par voie IV** en 1 à 2 minutes (réduction de 60 % du risque de récidive dans les 6 semaines).

Ordonnance en cas de mécanisme thromboembolique

• **Énoxaparine 100 UI/kg par voie sous-cutanée**, 2 fois/24 h à 12 heures d'intervalle.
Puis relais par un anticoagulant par voie orale :
– soit antivitamine K ;
– soit nouveaux anticoagulants anti-Xa ou antithrombine de façon définitive en l'absence de contre-indications nouvelles et tant que le rapport bénéfice/risque paraît favorable.

• **Rivaroxaban 20 mg/j en une prise.**
Réduction à 15 mg/j en cas de clairance de la créatinine inférieure à 50 mL/min ou sujets âgés > 80 ans.

Règles hygiénodiététiques

• Sont contre-indiquées les injections IM, les ponctions et injections intra-articulaires ou artérielles, les infiltrations sympathiques.

• Sous AVK, éviter les aliments riches en vitamine K : choux, laitue, épinards, huile de colza ou de soja.

Ordonnance en cas de mécanisme athéromateux

• **Acide acétylsalicylique 100 mg :** un cp gastrorésistant le matin au petit déjeuner de façon définitive en l'absence de contre-indications nouvelles et tant que le rapport bénéfice/risque paraît favorable.

Ordonnance en cas de mécanisme athéromateux (suite)

À ce traitement sont souvent associés
– un traitement antihypertenseur car le contrôle des chiffres tensionnels est un élément important du risque de récidive ;
– un hypocholestérolémiant dont la prescription en prévention secondaire est associée à une réduction des AVC, des évènements cardiovasculaires et des décès.

- **Périndopril :** débuter à 2 mg/j et, si la tolérance est bonne, passer à 4 mg/j après 4 semaines.
- **Atorvastatine :** débuter à 10 mg/j et, si la tolérance est bonne, augmenter à 20 mg/j après 4 semaines, 30 mg/j après 8 semaines et 40 mg/j après 12 semaines, en fonction des résultats biologiques obtenus.

Règles hygiénodiététiques

- Arrêt du tabac.
- Exercice physique régulier (30 à 45 min, 3 à 5 fois/semaine).
- Normalisation pondérale et régime peu salé.

Situations particulières

Les sténoses carotidiennes supérieures à 70 % engendrent un risque élevé d'AVC (jusqu'à 30 % dans les 2 années qui suivent un AIT) et peuvent bénéficier d'une endartériectomie, de préférence dans les 15 jours. L'avis d'un chirurgien vasculaire doit être sollicité rapidement.

SURVEILLANCE

- *En cas de traitement anticoagulant* : de l'absence des saignements et d'une indication persistante au long cours.
- *En cas de traitement d'athérome* : de l'observance du traitement et de la réduction des facteurs de risque cardiovasculaire.

A

Acouphène

RAPPELS

Défini comme la perception d'un son sans stimulation acoustique externe, il s'agit d'un symptôme fréquent pouvant affecter jusqu'à 10 % des adultes après 50 ans. Souvent temporaire et isolé, il peut devenir durable et engendrer une gêne parfois invalidante.

Diagnostic

- Diagnostic clinique chez un patient qui se plaint d'un sifflement ou d'un bourdonnement ou d'un souffle inexpliqué au niveau d'une ou des deux oreilles. Le plus souvent isolé et idiopathique, l'acouphène est en relation avec une surdité de perception cochléaire. La majorité des patients ressent un stress important de cette perception parasite ainsi que des troubles secondaires (troubles du sommeil et de la concentration, manifestations anxio-dépressives) qui altèrent leur qualité de vie.
- Un examen ORL avec audiométrie à la recherche d'une surdité, de lésions de l'oreille externe (bouchon de cérumen), de l'oreille moyenne (otite chronique, cholestéatome) ou d'une lésion rétro-cochléaire (neurinome de l'acoustique) est nécessaire, en particulier si le symptôme s'aggrave ou s'il existe des manifestations associées (otalgies, troubles de l'équilibre, surdité, hypersensibilité aux bruits, nausées, vomissements).

Objectif thérapeutique

• *Réduire l'impact émotionnel et les symptômes secondaires et améliorer la qualité de vie du patient* car aucun traitement (vasodilatateurs, corticoïdes, baclofène, antiépileptiques, oxygène hyperbare, acupuncture, homéopathie, etc.) n'a démontré un effet curatif. Cependant, la bétahistine est souvent prescrite.

• Deux approches peuvent être proposées : *l'une neurophysiologique* basée sur l'amplification de l'audition +/- l'utilisation de bruiteurs facilitant la tolérance de l'acouphène et *l'autre psychothérapique*, principalement cognitivo-comportementale.

• Des médicaments d'appoint peuvent être utilisés pour traiter les troubles associés (sommeil, anxiété ou dépression).

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Éliminer une pathologie ORL sous-jacente* (*cf.* ci-dessus).
• *Évaluer le retentissement sur la vie quotidienne du patient*. Un questionnaire de qualité de vie portant sur les activités physiques et le psychisme peut être utile.
• *Rechercher les facteurs favorisant ou aggravant* la mauvaise tolérance de l'acouphène.
• *Rechercher des contre-indications à la bétahistine* : ulcère gastro-duodénal, asthme, phéochromocytome, grossesse.
• *Identifier les associations médicamenteuses contre-indiquées avec la bétahistine* : antihistaminiques H1, inhibiteurs de la monoamine-oxydase.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• ***1. Dans tous les cas,*** *il est nécessaire de rassurer un patient anxieux et d'établir une relation de confiance.* Expliquer la fréquence du trouble, le dérèglement du contrôle de la perception sonore, le rôle aggravant du stress et la nécessité d'associer plusieurs approches en soulignant que l'amélioration ne sera que progressive.

• ***2. Dans l'attente du résultat d'un bilan ORL :*** **bétahistidine** cp 8 mg, 1 cp 3 fois/jour au cours des repas.

• ***3. En fonction des résultats audio-métriques,*** *prescription d'un appareillage auditif* dans le but d'amplifier l'audition et/ou de produire un son « neutre » (pluie, cours d'eau) susceptible de masquer l'acouphène.

• ***4. L'association à une approche cognitivo-comportementale*** (thérapie auditive d'habituation) vise à diminuer les émotions négatives ce qui permet une meilleure gestion de l'acouphène par le patient.
Il s'agit donc d'une *collaboration pluridisciplinaire* faisant intervenir médecin traitant, ORL, audioprothésiste et psychologue.

Règles hygiénodiététiques

• Éviter le silence complet en écoutant un bruit de fond à faible intensité (ex. : musique douce, radio). En effet, cela facilite le processus d'habituation.

• Éviter l'exposition à des sons forts. Si nécessaire, utilisez des bouchons d'oreille ou un casque.

• Limiter la consommation d'alcool et de tabac, susceptibles d'amplifier l'acouphène.

• Limiter les excitants (thé, café, soda caféiné).

Règles hygiénodiététiques (suite)

- Pratiquer une activité physique régulière et/ou une technique de relaxation permettant de mieux gérer le stress.

SURVEILLANCE

Un suivi régulier est nécessaire pour l'adaptation de l'appareillage, le travail psychologique et le contrôle des troubles secondaires.

NOTES PERSONNELLES

A

Acné de l'adolescent et de l'adulte jeune

RAPPELS

Maladie inflammatoire du follicule pilosébacé touchant 70 % des adolescents, due à l'association d'une hypersécrétion sébacée, d'une hyperkératinisation des ostiums folliculaires et d'une colonisation par *Propionibacterium acnes*.

Diagnostic Clinique devant des lésions du visage le plus souvent mais possiblement du dos, des épaules et de la partie antérieure du thorax. Coexistent, sur les zones atteintes, des lésions rétentionnelles : comédons ouverts (points noirs) et fermés (microkystes), et des lésions inflammatoires : papules, pustules et ainsi que des nodules dans les formes plus sévères.

Objectif thérapeutique Initialement, obtenir une nette amélioration des lésions puis éviter les rechutes. Il est important de diminuer le retentissement parfois majeur de l'acné sur la qualité de vie.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Afin de favoriser l'observance*, bien expliquer les points suivants au patient :
– le traitement n'est pas efficace immédiatement ; il faut attendre plusieurs semaines avant d'observer une amélioration ;
– le traitement est suspensif (à l'exception du traitement par isotrétinoïne par voie générale dans certains cas), ce qui implique de poursuivre

le traitement d'attaque par un traitement d'entretien pendant la durée d'évolution de l'acné ;
– les effets indésirables des traitements locaux, en particulier l'effet irritant des rétinoïdes locaux, et les moyens d'y remédier.

• *Rechercher d'éventuels facteurs favorisants :* corticoïdes, barbituriques, vitamine B12.

• *Rechercher les contre-indications des antiacnéiques :* grossesse (les rétinoïdes sont des agents tératogènes ; même sous forme de crème, ils sont contre-indiqués chez la femme enceinte).

• *Rechercher les contre-indications des tétracyclines et les associations déconseillées :* insuffisance hépatique, grossesse et allaitement ; acitrétine, isotrétinoïde, psoralènes.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance de traitement d'attaque d'une durée de 3 mois

• *Soins de peau à maintenir durant l'évolution de l'acné :*
– toilette du visage avec un savon sans savon : **pain dermatologique** ou **syndet** *(synthetic detergent)*, ou une **eau micellaire** ;
– crème émolliente pour peau acnéique : une application le matin sur les zones atteintes.

• *Acné légère à modérée*

Après avoir nettoyé et séché
– **adapalène crème 0,1 %** ;
ou
– **trétinoïne crème 0,025 % :** appliquer le soir en petite quantité sur les zones atteintes. Débuter le traitement un soir sur deux pendant 15 jours puis passer à 1 application/j ;
– **péroxyde de benzoyl crème 5 % :** une application le soir.
Attention, ce traitement peut décolorer les vêtements.
En cas de sécheresse cutanée et d'irritation malgré l'application quotidienne d'une crème émolliente : espacer les applications (1 jour sur 2 voire 1 jour sur 3).
En cas d'échec d'un traitement local, celui-ci peut-être intensifié (augmentation des doses, du rythme d'application) si la tolérance le permet ou un traitement antibiotique *per os* (*cf.* ci-dessous) peut être associé au traitement local.

• *Acné moyenne à sévère :*
– **doxycycline :** 100 mg/j ou **lymécycline :** 300 mg/j, en 1 prise/j. Ne pas dépasser une durée de 3 mois consécutifs ;
associé à
– **adapalène 0,1 %** ou **trétinoïne crème 0,025 %** le matin (*cf.* ci-dessus).

Ordonnance de traitement d'entretien

• **Adapalène 0,1 %** ou **trétinoïne crème 0,025 %** tous les jours ou un jour sur deux + **péroxyde de benzoyl crème 2,5 %** 1 fois/j.

Mesures hygiénodiététiques

• Protection solaire adaptée en raison du risque de séquelles pigmentées et du risque de photosensibilisation associé en particulier aux cyclines.

• Vérifier l'utilisation d'une contraception efficace, si possible double (pilule + préservatif).

Situations particulières

• *Dans les acnés importantes*, résistantes à 3 mois de traitement bien conduit ou sévères (nodulaires), un traitement par isotrétinoïne orale devra être envisagé après avis spécialisé : **isotrétinoïne**, 0,5 à 1 mg/kg/j, en une ou deux prises aux repas, mais l'**effet tératogène et embryotoxique majeur** de ce produit nécessite une contraception efficace et obligatoire. Aussi les modalités de prescription et de surveillance sont très contraignantes pour les femmes en âge de procréer :
– la prescription initiale, réservée aux dermatologues, nécessite préalablement le recueil de l'accord de soins et de contraception de la patiente et la remise d'un carnet-patiente complété ;
– chaque prescription est limitée à 1 mois de traitement dont la poursuite nécessite une nouvelle prescription ;
– elle est subordonnée à l'obtention d'un résultat négatif de test de grossesse, qui doit être réalisé tous les mois, dans les 3 jours précédant la prescription ;
– la date et le résultat du test de grossesse doivent être mentionnés dans le carnet-patiente ;

Situations particulières (suite)

– la délivrance doit être effectuée au plus tard 7 jours après la prescription ;
– la délivrance ne peut se faire qu'après avoir vérifié que toutes les mentions obligatoires suivantes figurent dans le carnet-patiente.

- ***Lors de la première prescription :***

– signature de l'accord de soins et de contraception ;
– mise en place d'au moins une méthode de contraception efficace depuis au moins 1 mois ;
– évaluation du niveau de compréhension de la patiente ;
– date du test de grossesse (hCG plasmatiques).

- ***Lors des prescriptions suivantes :***

– poursuite d'une contraception efficace ;
– évaluation du niveau de compréhension de la patiente ;
– date du test de grossesse (hCG plasmatiques) ;
– la date de délivrance doit être mentionnée dans le carnet-patiente.

SURVEILLANCE

- De l'efficacité du traitement, de son observance (effet clinique retardé) et de sa tolérance, en particulier l'effet irritant des rétinoïdes locaux.
- De la poursuite d'une contraception efficace.

NOTES PERSONNELLES

A

Activité physique et sportive pour la santé (prescription médicale) Exemple du surpoids

RAPPEL

• L'activité physique a des effets bénéfiques sur la santé, la condition physique et le maintien de l'autonomie. Elle permet de prévenir certaines pathologies chroniques (maladies cardiovasculaires, diabète de type 2, obésité, etc.) et constitue une prise en charge thérapeutique essentielle pour certaines d'entre elles.

• Dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée (ALD), le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient. Des référentiels pour 11 situations ont été publiés par la Haute Autorité de santé :

- surpoids et obésité de l'adulte ;
- diabète de type 2 ;
- bronchopneumopathie obstructive ;
- hypertension artérielle ;
- maladie coronarienne stable ;
- accidents vasculaires cérébraux ;
- insuffisance cardiaque chronique ;
- cancers : sein, colorectal, prostate ;
- dépression ;
- les personnes âgées ;
- pendant la grossesse et en post-partum.

ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SANTÉ

• Un bénéfice de l'activité physique a pu être établi sur un grand nombre de paramètres de santé : réduction de l'incidence de la pathologie cardiovasculaire, de l'incidence de certains cancers (en particulier du sein et du côlon), amélioration des fonctions cognitives, du sommeil et de la qualité de vie, réduction du risque de dépression et de démence, du risque de prise de poids excessive, du risque de chutes, etc., et globalement réduction du risque de mortalité précoce.
• Il existe une relation positive entre le volume d'activité physique et le bénéfice observé. Cependant, il ne semble pas qu'il y ait un volume minimal d'activité nécessaire et les bénéfices sont d'autant plus marqués que le volume initial d'activité physique est faible. À l'inverse, il n'existe pas de plateau maximal, mais à un volume élevé les bénéfices supplémentaires sont moindres.
• Selon l'OMS, les adultes (18 à 64 ans) en bonne santé devraient pratiquer, au cours d'une semaine, au minimum 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée (marche) ou 75 minutes d'activité d'intensité soutenue (natation, vélo, etc.). Une activité supplémentaire entraîne un surcroît de bénéfice, de même que des exercices de renforcement musculaire, d'assouplissement et d'équilibre. Ces pratiques doivent être régulières et prolongées autant que se peut tout au long de la vie.

ÉVALUATION MÉDICALE PRÉALABLE

En fonction de la pathologie chronique du patient, de son âge et de son bilan clinique, des examens complémentaires spécifiques peuvent être réalisés avant la prescription d'activité physique.
– Chez un sujet jeune pratiquant un sport d'intensité soutenue, un ECG de repos peut être contributif pour détecter une pathologie asymptomatique potentiellement arythmogène.
– Chez un sujet plus âgé, l'analyse des facteurs de risque cardiovasculaire est importante mais chez les sujets asymptomatiques, une épreuve

d'effort n'est que faiblement prédictive de la survenue d'un événement cardiovasculaire grave.

– Des épreuves fonctionnelles respiratoires avec oxymétrie peuvent être justifiées si l'on soupçonne une limitation d'origine respiratoire.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTION

En France, la prévalence du surpoids et de l'obésité est respectivement de 34 et 17 % chez l'adulte. Les patients obèses sont plus à risque de maladies métaboliques, de maladies cardiovasculaires et de certains cancers mais également d'autres complications : ostéo-articulaires, asthme, troubles respiratoires du sommeil, stéatose hépatique, reflux gastro-œsophagien, maladie veineuse et lymphatique, mycoses, etc. Une activité physique régulière, même sans perte de poids, est bénéfique. Elle nécessite souvent un accompagnement important et prolongé. Chez des patients obèses souvent très déconditionnés physiquement, le médecin doit définir avec son patient des objectifs réalistes.

• *Lors de la phase d'amaigrissement*, les objectifs recommandés sont d'augmenter progressivement l'activité d'endurance modérée à 150 minutes par semaine pour réduire la perte de masse musculaire. La marche constitue souvent la pratique la plus simple ; l'utilisation de bâtons assure une épargne articulaire (hanches, genoux). Le vélo, d'extérieur ou d'appartement, lorsqu'il est possible comporte un moindre impact articulaire.

• *Après la phase d'amaigrissement*, les objectifs recommandés sont d'augmenter progressivement l'activité pour atteindre 200 à 300 minutes en endurance par semaine, pour prévenir la reprise de poids et améliorer les capacités cardiorespiratoires.

• Le développement des activités physiques de la vie quotidienne a souvent une place importante dans la remise en mouvement des patients et doit être associé à une *réduction du temps passé à des activités sédentaires*.

• *Des conseils généraux* doivent également être fournis :
– souligner la nécessité d'un début ou d'une reprise d'activité physique très progressive
– éviter l'effort en cas de pics de pollution annoncés ou d'épisodes de chaleur excessive (> 28 °C) ;

Prescriptions (suite)

– assurer une hydratation suffisante et régulière : on peut conseiller de boire environ 0,5 L/h (par prises successives toutes les 15-20 min) lors d'une activité d'intensité modérée à élevée en ambiance climatique tempérée.

SURVEILLANCE ET SUIVI

• *La tolérance à l'effort* doit faire l'objet d'une surveillance :
– douleurs thoraciques, palpitations, malaise qui imposent un avis cardiologique avant de poursuivre
– douleurs ostéo-articulaires, musculaires (myalgies, crampes), fatigue excessive qui doivent faire adapter l'entraînement et/ou l'hydratation.
• *La difficulté tient souvent à la réduction progressive des activités.* Les patients en surpoids ou obèses sont souvent déconditionnés, physiquement inactifs, sédentaires et peu motivés. Aussi doivent-ils être régulièrement accompagnés, rassurés et remotivés. « Même une activité modérée entraîne un bénéfice ! »

NOTES PERSONNELLES

A

Adénome prostatique ou hyperplasie bénigne de la prostate

RAPPELS

L'hyperplasie bénigne des glandes prostatiques périurétrales entraîne une augmentation de volume de la glande qui perd sa souplesse. Cette évolution liée au vieillissement peut entraîner une gêne à la vidange vésicale et parfois des complications. Elle peut s'associer à une dysfonction sexuelle et/ou à un cancer de la prostate.

Diagnostic Clinique sur l'association de différents symptômes d'intensité variable : mictions fréquentes, besoin de pousser pour uriner, faiblesse du jet, plusieurs levers nocturnes, besoins impérieux d'uriner, fuites urinaires, vidange vésicale incomplète et rarement hématurie. Le score IPSS (ci-dessous) qui va de 0 à 35 permet une appréciation plus objective et facilite le suivi. La sévérité des troubles n'est pas toujours en rapport avec le volume prostatique. Des complications peuvent survenir : rétention urinaire aiguë, infection, calculs vésicaux, rétention vésicale chronique (miction par regorgement), dilatation des reins et insuffisance rénale.

Un toucher rectal apprécie le volume de la prostate (> 20 grammes), dont les deux lobes sont augmentés de volume, lisses, avec disparition du sillon médian. Parfois, l'hypertrophie du lobe médian est difficile à percevoir. Rechercher d'autres causes de dysuries : vessie neurologique, sténose de l'urètre (infections anciennes), maladie du col vésical. Si le diagnostic est établi et en l'absence de complications (bandelette urinaire négative), des examens complémentaires ne sont pas nécessaires.

Une échographie de la vessie et des reins permet d'étudier le retentissement sur la vessie (parois épaissies, résidu post-mictionnel) et les voies urinaires hautes (dilatation). Une débitmétrie permet d'apprécier objectivement la miction. La créatininémie renseigne sur la fonction rénale.

Objectif thérapeutique

- Un adénome prostatique asymptomatique ne justifie pas de traitement.
- En l'absence de complications, le traitement médical vise à réduire les symptômes urinaires et à améliorer la qualité de vie des patients. Quatre classes thérapeutiques sont disponibles : α-bloquants, inhibiteurs de la 5α-réductase, phytothérapie, inhibiteurs de la phosphodiestérase de type 5 (IPDE5).
- Le traitement chirurgical, réservé aux formes compliquées, est le seul traitement curatif de l'adénome.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Rechercher une complication* (cf. ci-dessus) ou l'association à un cancer de la prostate. Le dosage du PSA *(prostate-specific antigen)* est demandé en fonction d'une suspicion clinique, de facteurs familiaux ou à la demande du patient (après une information sur sa signification et les options thérapeutiques).
- *Rechercher un médicament favorisant les troubles dysuriques* : anticholinergiques, neuroleptiques, antidépresseurs imipraminiques.
- *Rechercher une contre-indication aux différents traitements* : insuffisance hépatique sévère ; pour les α-bloquants : hypotension orthostatique et ATCD de syncopes ; pour le tamsulosine : allergie aux sulfamides.
- *Recherche d'associations contre-indiquées ou déconseillées* : α-bloquants entre eux ou avec inhibiteurs de la PDE5 ; antihypertenseurs vasodilatateurs, inhibiteurs du CYP 3A4.
- *Recherche d'associations à prendre en compte* : autres antihypertenseurs, antidépresseurs, neuroleptiques, anesthésiques généraux.

- *Recherche de patients à risque :* patients les plus âgés, coronariens et en cas de traitement antihypertenseur associé.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance dans les formes non compliquées

• *En première intention,* traitement α-bloquant ou phytothérapie (sujets âgés) :
– **alfuzosine LP cp à 10 mg :** 1 cp/j après le repas du soir (effet rapide sur le tonus de l'urétre postérieur) pendant 8 à 12 semaines ;
ou :
– **Serenoa repens® cp à 160 mg :** 1 gél. 2 fois/j au cours des repas pendant 8 à 12 semaines.

• *En seconde intention, en particulier si prostate de gros volume (> 40 g),* inhibiteurs de la 5α-réductase (risque d'hypotension orthostatique) : **dutastéride cp à 0,5 mg,** 1 cap./j pendant 6 mois (délai nécessaire pour favoriser une réduction du volume prostatique ; elle entraîne une réduction du PSA de 50 % dont il faut tenir compte lors d'une éventuelle surveillance de ce taux.)

Règles hygiénodiététiques

- Réduction des apports hydriques après 18 heures.
- Diminution de la consommation de caféine et d'alcool.
- Traitement d'une constipation associée.
- Si possible, réduction ou arrêt des traitements favorisant la dysurie (anticholinergiques, neuroleptiques, etc.).

Situations particulières

En cas d'infection urinaire : une antibiothérapie (*cf.* traitement d'une prostatite aiguë) doit être débutée après ECBU (voire hémocultures dans les formes sévères). Une échographie rénale et vésicale est indispensable.

SURVEILLANCE

• *Des effets indésirables assez fréquents* (10 à 20 %) :
– α-bloquants : hypotension orthostatique qui peut être sévère, céphalées, vertiges, troubles de l'accomodation, éjaculation rétrograde, palpitations, troubles digestifs ;
– inhibiteurs de 5α-réductase : troubles sexuels, gynécomastie, réaction dépressive (qui impose l'arrêt du traitement), manifestations allergiques.

• *De l'évolution des troubles fonctionnels :* détermination du score IPSS, mesure du résidu post-mictionnel. L'amélioration de ces derniers permet d'interrompre la prescription qui peut être renouvelée par cures si nécessaire. Un changement de classe thérapeutique peut être nécessaire. Il est possible d'associer un α-bloquant et un inhibiteur de la 5α-réductase.

• Lors d'une intervention sur la cataracte, la prise d'α-bloquants favorise la survenue d'un syndrome d'iris flasque peropératoire. Il est nécessaire de prévenir l'ophtalmologiste et d'interrompre le traitement 1 à 2 semaines avant l'intervention.

• Une surveillance doit être réalisée régulièrement pour diagnostiquer précocement une *complication* (le traitement médical n'a qu'un effet suspensif) et proposer un traitement chirurgical (incision cervico-prostatique, résection transurétrale de prostate, adénomectomie par voie haute). En cas de contre-indication opératoire, un traitement palliatif peut être mis en place par la pose d'une sonde vésicale ou d'un cathéter sus-pubien à demeure.

• Tenir compte de la réduction du taux de PSA si ce marqueur est utilisé pour la surveillance d'un éventuel cancer de la prostate.

SCORE IPSS (*INTERNATIONAL PROSTATE SCORE SYMPTOM*)

Répondre à chaque question de 0 à 5 :
- *0 : jamais*
- *1 : environ 1 fois sur 5;*
- *2 : environ 1 fois sur 3;*
- *3 : environ 1 fois sur 2;*
- *4 : environ 2 fois sur 3;*
- *5 : presque toujours.*

1) Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez-vous eu la sensation que votre vessie n'était pas complètement vidée après avoir uriné ?

2) Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez-vous eu besoin d'uriner moins de deux heures après avoir fini d'uriner ?

3) Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez-vous eu une interruption du jet d'urine, c'est-à-dire démarrage de la miction puis arrêt puis redémarrage ?

4) Au cours du dernier mois, après avoir ressenti le besoin d'uriner, avec quelle fréquence avez-vous eu des difficultés à vous retenir d'uriner ?

5) Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez-vous eu une diminution de la taille ou de la force du jet d'urine ?

6) Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez-vous dû forcer ou pousser pour commencer à uriner ?

7) Au cours du dernier mois écoulé, combien de fois par nuit, en moyenne, vous êtes-vous levé pour uriner ?

Total :
- *gêne légère : 0-7;*
- *gêne modérée : 8-19;*
- *gêne sévère : 20-35.*

A

Agitation aiguë

RAPPELS

Urgence médicale car tout retard de prise en charge majore le risque de passage à l'acte. Représente 1 % des passages aux urgences hospitalières.

Diagnostic Perturbation notable du comportement psychomoteur et relationnel avec intolérance de l'entourage. Plusieurs types d'agitation peuvent être distingués :
– agitation psychiatrique : trouble psychotique aigu, épisode maniaque ou mélancolique, schizophrénie ou troubles de la personnalité ;
– agitation confusionnelle : cause toxique, médicamenteuse ou organique ;
– agitation neurologique : démences, hématome sous-dural, tumeur frontale, épilepsie temporale, *etc.*

➠ *L'anamnèse et l'analyse des antécédents médicaux généraux et psychiatriques et du traitement en cours sont fondamentales.*
➠ *Évaluation de l'orientation, de la vigilance, de l'humeur.*
➠ *Recherche d'une consommation alcoolique et/ou de toxiques.*
➠ *Le contexte social doit également être évalué.*

Objectif thérapeutique
- Éviter l'escalade de la violence.
- Assurer la sécurité du patient et de son entourage.

- Apaiser les symptômes.
- Retrouver l'étiologie.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Recherche en urgence*, si possible, d'une **hypoxie** ou d'une **hypoglycémie** sévère par la mesure de la saturation artérielle en oxygène et celle de la glycémie capillaire.
- *Recherche systématique* d'une **cause organique**, surtout chez la personne âgée (hyperthermie, globe vésical, douleur, etc.).
- Tenir compte des premiers signes de violence (impatience, déambulation, discours incompréhensible, méfiance, etc.).
- *Recherche de contre-indications* aux sédatifs et aux neuroleptiques, et chez les patients psychotiques : agonistes dopaminergiques, sauf lévodopa (amantadine, bromocriptine, lisuride, piribédil, ropinirole, cabergoline, pramipexole, apomorphine) en dehors du cas du patient parkinsonien (antagonisme réciproque de l'agoniste dopaminergique et des neuroleptiques).
- Prise en charge :

– un patient agité peut être dangereux, il doit être rassuré et mis au calme sans rester seul ;
– le soignant doit rester calme et ne prendre aucun risque. Une écoute et un dialogue empathiques doivent être privilégiés.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

Loxapine solution buvable : 50 gouttes, soit 50 mg, en une prise. Posologie indicative, à ajuster à la réponse clinique. Les posologies doivent être réduites de moitié chez le sujet âgé.

Mesures complémentaires

- *Si consommation d'alcool :* mesure de l'alcoolémie, mesure de la glycémie, au besoin prévention du *delirium tremens*.
- *Si étiologie iatrogène :* arrêt du traitement ou du toxique incriminé.
- *En l'absence de cause iatrogène :* **bilan étiologique** avec initialement NFS, ionogramme sanguin, glycémie, calcémie, TSH, PAL, gamma-GT, ammoniémie, toxiques sang et urines.

Situations particulières

- *En cas d'agitation éthylique ou cocaïnique :* **diazépam 10 mg**, 1 à 2 cp *per os*.
- *En cas de trouble psychotique aigu*, introduction d'un antipsychotique de seconde génération : **quétiapine LP 300 mg**, 1 cp/j (majorer à 600 mg/j si absence de réponse clinique).
- *En cas de refus du traitement* per os :

– **loxapine injectable à 50 mg/2 mL** : 1 à 2 ampoules IM ;
ou
– **diazépam injectable à 10 mg/2 mL** : 1 à 2 ampoules IM.

- *En cas de péril imminent et d'échec du dialogue :* **contention physique**, mesure temporaire sur prescription médicale aux risques potentiellement graves. Elle doit toujours être associée à une sédation et nécessite une traçabilité.

Situations particulières (suite)

- *Si agitation très résistante*, association **diazépam 10 à 20 mg** *per os* avec **loxapine 50 à 100 gouttes** *per os*. Formes IM si refus du patient.

SURVEILLANCE

- Réévaluation très régulière de l'état clinique.
- Surveillance de l'état de vigilance et des constantes (saturation artérielle en oxygène, pouls, tension artérielle et température).
- Surveillance des risques liés au décubitus si contention physique.

NOTES PERSONNELLES

A

Algie vasculaire de la face

RAPPELS

Céphalée paroxystique récurrente, plus rare que la migraine, qui affecte souvent des sujets jeunes et de sexe masculin (4/1). La douleur, strictement unilatérale, est très violente, dure de 15 à 180 minutes et s'accompagne de signes végétatifs homolatéraux (larmoiement, rougeur conjonctivale, rhinorrhée, œdème palpébral). L'algie vasculaire de la face idiopathique ne comporte aucune lésion cérébrale ou vasculaire sous-jacente.

Diagnostic Clinique : l'algie vasculaire se différencie de la migraine par l'absence habituelle d'aura, par l'intensité de la douleur, par les signes végétatifs, par l'état d'agitation qui l'accompagne et, surtout, par son évolution. Il s'agit d'une maladie périodique (90 %) évoluant par salves de 2 à 8 semaines durant lesquelles les crises sont quotidiennes, souvent à heure fixe. Les récidives surviennent une ou deux fois par an (caractère saisonnier). Rarement (10 %), il s'agit d'une forme chronique, subintrante, sans rémission pendant un an. L'examen clinique est strictement normal de même que l'imagerie cérébrale. La névralgie du trijumeau constitue un autre diagnostic différentiel mais elle affecte volontiers les sujets > 50 ans, avec une douleur évoluant par salves de quelques secondes dans le territoire d'une branche du V, avec une zone gâchette dans le même territoire.

Objectif thérapeutique Il est double :
– *traiter la crise pour soulager le malade*. Seuls deux traitements ont fait la preuve de leur efficacité : le sumatriptan injectable et l'oxygénothérapie au masque ;

– *prévenir les récidives fréquentes par la mise en place d'un traitement de fond* : le vérapamil et le carbonate de lithium sont utilisés, bien que sans AMM dans cette indication (le vérapamil possède une recommandation temporaire d'utilisation). Ce traitement de fond n'est pas indispensable chez les patients ayant des épisodes courts et bien contrôlés par le traitement symptomatique.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Rechercher des contre-indications au sumatriptan injectable* (puissant vasoconstricteur) : antécédents de coronaropathie, d'infarctus cérébral, d'artérite des membres inférieurs, de syndrome de Wolff-Parkinson-White, d'HTA non contrôlée, de syndrome de Raynaud et de colite ischémique, insuffisance hépatique ou rénale sévère.

• *Rechercher des contre-indications* :
– à l'oxygénothérapie : insuffisance respiratoire chronique ;
– au vérapamil : blocs atrioventriculaires, hypotension artérielle, cardiopathies, grossesse ;
– au lithium : insuffisance rénale, déplétion hydrosodée, grossesse.

• *Recherche de terrains à risque* :
– sumatriptan : facteurs de risque cardiovasculaire, conducteurs de véhicules ;
– vérapamil : bradycardie, sujets âgés, insuffisance hépatique, pathologies neuromusculaires ;
– au lithium : cardiopathies, dysthyroïdies.

• *Recherche d'associations contre-indiquées ou déconseillées* :
– sumatriptan : ergotamine, IMAO ;
– vérapamil : antiarythmiques, aliskiren, ivabradine, diltiazem, millepertuis ;
– lithium : ARA II, AINS, carbamazépine, diurétiques, IEC, alcool.

• *Recherche d'associations à prendre en compte* :
– sumatriptan : antidépresseurs sérotoninergiques, cimétidine ;
– vérapamil : alpha1 et bêtabloquants, buspirone, carbamazépine, ciclosporine, clonidine, digoxine, tacrolimus, lithium, statines, dabiga-

tran, inhibiteurs du CYP 3A4, AINS, corticoïdes, imipramine, neuroleptiques, baclofène, jus de pamplemousse
– lithium : acétazolamide, antidépresseurs sérotoninergiques, neuroleptiques, méthyldopa, topiramate, anesthésiques (arrêt de 24 h).

• **Expliquer les consignes de sécurité avec l'oxygénothérapie :** ne pas ouvrir la bouteille en position couchée, ouvrir progressivement le robinet, ne pas fumer, ne pas enduire le visage de corps gras, ne pas utiliser d'aérosols ou de solvants à proximité.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance de traitement de la crise à débuter le plus tôt possible

- *Sur ordonnance d'exception :* **Imiject®**, 1 injection sous-cutanée de 6 mg.
Sédation de la crise en 5 à 15 minutes (75 %).
Dose maximale 2 inj./24 h (espacement minimal de 1 heure).

- *Oxygénothérapie au masque :* 7 litres/min pendant 15 minutes.
Parfois augmenter le débit jusqu'à 12 litres/min.
Sédation de la crise en 5 à 10 minutes (75 %).
Traitement à proposer systématiquement en cas d'échec ou de contre-indication au sumatriptan ou en cas de crises quotidiennes fréquentes. La première prescription doit être faite par un neurologue, un ORL ou un centre antidouleur pour 3 mois.
Un prestataire de service, par exemple Orkyn® ou VitalAir®, assure la délivrance, le renouvellement et l'entretien à domicile du matériel nécessaire (forfaits 28 et 29).

Ordonnance de traitement de fond de première intention

Dans le cadre d'une RTU avec fiche de suivi : **vérapamil** 120 mg.

- *Formes épisodiques :* 120 mg 2 fois/j avec une augmentation de 120 mg tous les 2-7 jours jusqu'à 480 mg/j (posologie maximale de 720 mg). Le traitement peut être interrompu après la durée habituelle de la période de crises. L'arrêt du traitement doit être progressif. En cas de réapparition des crises, revenir à la dose du palier précédent.

- *Formes chroniques :* même schéma mais la posologie nécessaire peut aller jusqu'à 960 mg/j.

Pendant une crise, le vérapamil peut être associé aux **triptans**.
Un **ECG est indispensable** avant d'instaurer le traitement pour éliminer un bloc atrioventriculaire (contre-indication).

Situations particulières

• *Traitement de fond de deuxième intention :* **carbonate de lithium 250 mg, cp sécable,** débuter par 250 mg 2 fois/j puis effectuer une lithiémie le matin du 5e jour. Objectif de lithiémie efficace 0,5 à 0,8 mEq/L. Si nécessaire, augmentation de 250 mg et contrôle au 5e jour. Posologie habituellement requise : 600 à 1 500 mg/j. **Une mesure préalable de créatinine, calcémie, glycémie, NFS, TSH,ionogramme sanguin + la réalisation d'un ECG + la vérification d'une contraception efficace sont indispensables.**

• *Les formes réfractaires* (forme chronique > 3 ans avec crises quotidiennes pharmaco-résistantes) relèvent en première intention d'une stimulation des nerfs grands occipitaux.

SURVEILLANCE

• *De l'efficacité et de la tolérance du sumatriptan :* syndrome des triptans (somnolence, vertiges, bouffées de chaleur), manifestations coronariennes.

• *De l'efficacité et de la tolérance du vérapamil :* constipation, hypotension, œdèmes des membres inférieurs. Un contrôle de la PA et un ECG sont indispensables avant chaque augmentation de dose. Si dose > 480 mg/j, le contrôle PA et ECG doit aussi être réalisé entre 7 et 10 jours après l'augmentation.

• *De l'efficacité et de la tolérance du lithium :* la lithiémie efficace atteinte, un contrôle est nécessaire après 1 semaine puis tous les 3 mois et après chaque changement de posologie. Possibilité de tremblements, diarrhée, polyurie, troubles rénaux, thyroïdiens et cognitifs → surveillance clinique et biologique. Recherche de neurotoxicité (paresthésies, ataxie).

A

Algodystrophie

RAPPELS

L'algodystrophie, ou syndrome régional douloureux complexe de type I, correspond au développement de troubles vasomoteurs réflexes dans les suites d'un traumatisme d'un membre.

Diagnostic Dans les suites d'un traumatisme ou d'une intervention chirurgicale, mais parfois sans facteur déclenchant identifié, s'installe une douleur au repos et à la moindre mobilisation d'une articulation, avec impotence fonctionnelle, hyperalgésie et allodynie, associée à des troubles trophiques cutanés avec hyperthermie locale, rougeur ou cyanose, un gonflement des tissus mous périarticulaires, éventuellement un épanchement intra-articulaire. Secondairement s'installe une dystrophie ou atrophie cutanée et des rétractions musculotendineuses. Le diagnostic repose essentiellement sur la clinique mais aussi sur des signes radiographiques (déminéralisation en bandes métaphysaires ou déminéralisation pommelée). Une scintigraphie osseuse montre à la phase initiale une hyperfixation et, à la phase tardive, une hypofixation.

Objectif thérapeutique Réduire les douleurs et améliorer progressivement la mobilité articulaire.

➠ *Aucune thérapeutique médicamenteuse n'a démontré scientifiquement son efficacité, ce qui donne d'autant plus d'importance à la prise en charge kinésithérapique.*

➠ *Seuls les antalgiques ont un intérêt pour améliorer la symptomatologie douloureuse.*

- *Les anti-inflammatoires stéroïdiens ou non stéroïdiens ne sont pas efficaces.*
- *La calcitonine n'a pas d'intérêt.*
- *Les bisphosphonates sont controversés.*
- *Les injections intra-articulaires et les blocs périarticulaires n'ont pas démontré leur efficacité.*

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

- **Paracétamol :** 1 g matin, midi et soir (ne pas dépasser 4 g/j).

Prescriptions de kinésithérapie

- Physiothérapie antalgique avec bains écossais (alternance d'expositions au chaud et au froid).
- Massages de drainage de l'œdème.
- Mobilisation douce, passive puis active pour lutter contre l'enraidissement articulaire, en restant en deçà des amplitudes provoquant la douleur.
- Réappropriation du schéma corporel et du mouvement grâce à la technique du miroir qui peut-être pratiquée à domicile (excellents résultats).

Règles hygiénodiététiques

- Au stade initial de l'algodystrophie, la mise au repos de l'articulation concernée est conseillée, soit en décharge contrainte, soit en limitant les contraintes du segment articulaire atteint.
- Marche avec pas simulés avec l'aide de cannes.
- Réalisation quotidienne par le patient de bains écossais et d'une mobilisation articulaire passive douce.

Situations particulières

- **Des injections intra-articulaires de corticoïdes** ont été proposées, notamment en cas de capsulite rétractile de l'épaule : **prednisolone susp. 2,5 % 0,5 à 1,5 mL**, infiltration susceptible

Situations particulières (suite)

d'être renouvelée (une seule fois) après 7 à 21 jours. Il n'y a pas de démonstration scientifique d'efficacité de ces techniques mais le recours à l'infiltration peut être proposé dans les formes rebelles.

- **Les bisphosphonates** ont, dans certaines études, démontré un intérêt dans les formes rebelles d'algodystrophie. Néanmoins, la preuve scientifique d'efficacité n'est pas totalement fournie.
- **En cas d'absence d'amélioration dans les deux premiers mois**, une prise en charge globale (bio-psycho-sociale) dans un centre de la douleur peut être envisagée.

SURVEILLANCE

De l'efficacité du traitement : l'amélioration est jugée sur l'évaluation de la douleur, les paramètres objectifs de mobilisation articulaire et la fonctionnalité globale de l'articulation. Une algodystrophie n'évolue favorablement que très lentement, c'est-à-dire sur plusieurs mois.

NOTES PERSONNELLES

A

Alopécie de l'adulte

RAPPELS

Accélération de la chute des cheveux et/ou des poils, l'alopécie est une manifestation courante qui peut entraîner un retentissement psychologique important. Sa prise en charge nécessite de distinguer :

– **l'effluvium télogène**, qui consiste en une chute de cheveux diffuse, rapide et spontanément réversible qui peut survenir dans les suites d'une intervention chirurgicale, d'un épisode médical aigu (infection sévère), en post-partum ou lors d'un stress. Cette raréfaction capillaire, dont l'évolution est le plus souvent spontanément favorable, ne nécessite aucun traitement ;

– **l'alopécie androgénique**, d'apparition progressive avec l'âge, qui affecte chez l'homme les golfes temporaux, puis la lisière frontale du cuir chevelu, puis le sommet du crâne. Chez la femme, il s'agit d'une raréfaction ovale des cheveux au niveau du vertex et en pariétal. Bien que cette raréfaction capillaire soit physiologique, elle peut justifier un traitement mais ce dernier reste purement suspensif ;

– **la pelade**, qui réalise une chute brutale sur une ou plusieurs zones très bien limitées, arrondies, du cuir chevelu. Elle peut s'étendre à l'ensemble du cuir chevelu (pelade décalvante), voire à l'ensemble des zones pileuses (pelade universelle). Le cuir chevelu reste normal. L'évolution est imprévisible : la repousse de plaques peu nombreuses est fréquente mais les récidives sont également fréquentes. La pelade est considérée comme d'origine auto-immune, parfois associée à une thyroïdite.

Diagnostic Reste purement clinique mais nécessite quelques précautions :
– en cas d'effluvium télogène, l'absence de repousse au-delà de 3/6 mois nécessite de contrôler NFS, ferritinémie et TSH ;
– une alopécie androgénique sévère chez la femme doit faire évoquer une cause hormonale d'hyperandrogénie (bilan spécialisé) ;
– une pelade avec cuir chevelu squameux ou lésé doit faire rechercher une teigne (trichogramme en cas de doute) et plus rarement un lupus, un lichen ou une sclérodermie en plaques (biopsie cutanée avec immunofluorescence).

Objectif thérapeutique
- Ralentir ou stopper la chute dans l'alopécie androgénique.
- Favoriser la repousse dans la pelade.
- Prendre en charge le retentissement psychologique et/ou social.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Recherche de médicaments susceptibles d'être en cause :* acide valproïque, anticoagulants, antidépresseurs, bêtabloquants, colchicine, hypocholestérolémiants, IEC, interférons, lévodopa, œstroprogestatifs, pyridostigmine, rétinoïdes, sulfazine.
- *Recherche de contre-indications :*
– finastéride : ne pas utiliser chez la femme (inefficace et risque tératogène) ;
– clobétasol : infections cutanées bactériennes, virales, mycosiques ou parasitaires ; lésions ulcérées.
- *Recherche d'associations déconseillées* : finastéride, autres inhibiteurs de la 5-α-réductase utilisés en urologie.
- *Recherche de terrains à risque* : insuffisance hépatique.

PRESCRIPTIONS

Ordonnance en cas d'effluvium télogène

Aucun traitement pharmacologique n'est nécessaire.

Ordonnance en cas d'alopécie androgénique

- *Chez l'homme :* **minoxidil solution 5 %.**
- *Chez la femme :* **minoxidil solution 2 %.**

Appliquer 1 mL matin et 1 mL le soir sur la zone d'alopécie. En pratique, 7 pulvérisations matin et soir puis masser légèrement.

Les patients doivent être informés que les résultats (interruption de la chute ou parfois repousse) ne s'observent qu'après plusieurs mois de traitement (6 à 12 mois) et que l'arrêt du traitement entraîne un retour à l'état initial en quelques semaines à quelques mois.

- *Chez l'homme de 18 à 41 ans et dans les formes peu évoluées :* **finastéride 1 mg,** 1 cp/j de façon prolongée.

NB : ce médicament entraîne une réduction du taux de PAS sérique qu'il est nécessaire de prendre en compte si l'on utilise ce test.

Ordonnance en cas de pelade

- *Dans les atteintes modérées* (2 ou 3 plaques) :

– **clobétasol propionate crème à 0,05 % :** une application le soir sur les plaques jusqu'à la repousse ;
– une fois les cheveux partiellement repoussés, remplacer par **clobétasol propionate gel** jusqu'à une repousse totale.

Un traitement par **minoxidil solution 5 %,** une application par jour sur les plaques, peut être associé.

- *Dans les formes étendues,* une prise en charge spécialisée peut être proposée avec une photothérapie UVB ou UVA, une corticothérapie systémique ou d'autres immunosuppresseurs notamment le méthotrexate.

SURVEILLANCE

- De la tolérance du traitement : irritation locale avec les applications topiques ; douleurs testiculaires, troubles sexuels, réactions allergiques avec le traitement oral.
- Surveiller particulièrement la survenue d'une anxiété excessive, de manifestations dépressives, voire d'idées suicidaires → arrêt immédiat du traitement.

NOTES PERSONNELLES

A

Anémie par carence en acide folique et/ou en vitamine B12

RAPPELS

Baisse du taux d'hémoglobine (< 120 g/L) engendrée soit par une carence en acide folique (vitamine B9), soit par une carence en vitamine B12, les deux pouvant être associées. Elles entraînent une augmentation du volume globulaire moyen (VGM > 100 μ^3) lié à la diminution des mitoses et à la prolongation du cycle cellulaire, les globules prenant l'aspect de mégaloblastes : anémies dites mégaloblastiques, le plus souvent arégénératives (taux de réticulocytes bas).

Diagnostic Devant une asthénie, une dyspnée, une douleur thoracique, une pâleur ou sur un hémogramme demandé pour une autre raison. Plus rarement une malnutrition, des signes neurologiques ou psychiques ou une glossite peuvent conduire au diagnostic. La carence en acide folique est affirmée sur la constatation de folates plasmatiques < 4 ng/mL et la carence en vitamine B12 sur un taux sérique < 150 pmol/L.

Objectif thérapeutique Normalisation du taux d'hémoglobine et prévention des manifestations cliniques susceptibles d'être induites par les carences.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Identifier l'origine de la carence :* malnutrition, en particulier chez les personnes âgées ; carence d'apport (régime végétalien ; éthylisme) ;

gastrectomie ou gastrite atrophique (si auto-immune : maladie de Biermer) ; pathologies du grêle ou pancréatiques responsables de malabsorption.

• *Recherche de médicaments favorisants :* molécules perturbant le métabolisme des folates (méthotrexate, triméthoprime, pyriméthamide, salazopyrine, antiépileptiques) ou de la vitamine B12 (cholestyramine, colchicine, biguanides, néomycine).

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• *Si anémie importante* (hémoglobine < 70 g/L) *et/ou mal tolérée* (sujets âgés, coronariens, insuffisants cardiaques) : **transfusions de 2 poches de concentré érythrocytaire** après groupage sanguin et recherche d'anticorps antiérythrocytaires irréguliers.

• *Pour corriger une carence en acide folique*, une administration par voie orale est nécessaire pendant une durée prolongée, dépendante de l'étiologie : **acide folique cp 5 mg**, 1 cp matin et soir.

• Pour corriger une carence en vitamine B12, une administration parentérale est nécessaire, le plus souvent de façon définitive (dépendante de l'étiologie) : **vitamine B12 1 000 µg**, 1 ampoule par voie IM tous les 2 jours pendant un mois (pour corriger le déficit) puis 1 ampoule IM tous les 2 mois à vie.

NB :

– un traitement de vitamine B12 par voie orale est possible à raison d'une ampoule à 1 000 µg/j. Cependant, l'absorption digestive est très médiocre et la compliance est incertaine → surveillance ;

– un traitement de folates administré pour une carence en vitamine B12 peut aggraver d'éventuelles lésions neurologiques. En l'absence de dosages sanguins, les deux vitamines doivent être administrées conjointement.

• *Le traitement étiologique*, s'il est possible, est indispensable à la prévention des récidives. Parfois, le traitement vitaminique devra être poursuivi indéfiniment.

Règles hygiénodiététiques

• Assurer un apport alimentaire riche en folates : levure (3 900 µg/100 g) ; haricots blancs, germes de blé, farine de soja

Règles hygiénodiététiques (suite)

(300 µg/100 g) ; épinards, lentilles, petits pois, cerfeuil, cresson (140 à 265 µg pour 100 g).

• Assurer un apport alimentaire suffisant en vitamine B12 : abats, viandes, fruits de mer, poissons, lorsque l'absorption digestive est possible.

Situations particulières

• *Une carence martiale* peut être associée et se dévoiler progressivement après quelques semaines d'administration vitaminique. Un contrôle de l'hémogramme et des réserves en fer (ferritinémie) est donc nécessaire au bout d'un mois de traitement.

• *En cas d'infection gastrique par* Hélicobacter pylori, le traitement approprié doit être associé (*cf.* traitement fiche « Ulcère gastrique et ulcère duodénal »).

SURVEILLANCE

• De l'hémogramme après 8 jours (crise réticulocytaire), 1 mois (détection d'une carence en fer) et 3 mois pour s'assurer d'une parfaite correction du taux d'hémoglobine.

• De l'amélioration, voire de la disparition, des signes éventuels de la carence en vitamine B12, en particulier neurologiques.

• De la mise en place et de l'efficacité du traitement étiologique lorsqu'il est possible.

• *Dans la gastrite de Biermer,* une **gastroscopie de contrôle** est recommandée tous les 3 à 5 ans (en fonction des lésions initiales) en raison du risque accru de cancer gastrique.

A

Anémie par carence en fer

RAPPELS

Baisse du taux d'hémoglobine (< 120 g/L) engendré par une carence martiale, qui entraîne également une réduction du volume globulaire moyen : VGM < 85 μ^3.

Diagnostic Devant une asthénie, une dyspnée, une douleur thoracique, une pâleur ou sur un hémogramme demandé pour une autre raison. Plus rarement, des troubles trophiques (ongles cassants, glossite, chéilite) témoignent de la carence en fer. Cette dernière est suspectée devant une ferritine < 30 µg/L, certaine si ferritine < 20 µg/L. L'anémie est arégénérative : taux de réticulocytes bas.

Objectif thérapeutique Normalisation du taux d'hémoglobine et prévention des manifestations cliniques de la carence.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Identifier l'origine de la carence* : déficit d'apport (rare : anorexie, régime végétarien ou végétalien strict) ; malabsorption (maladie cœliaque, gastrite chronique, plus rarement pathologies du grêle) ; surtout pertes sanguines distillantes chroniques (origine gynécologique ou obstétricale chez les femmes jeunes ou multipares, origine digestive chez les sujets plus âgés des deux sexes).
- *Recherche de médicaments favorisants* : aspirine, AINS, antiagrégants ou anticoagulants au long cours.

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• *Si anémie sévère* (hémoglobine < 70 g/L) *et/ou mal tolérée* (sujets âgés, coronariens, insuffisants cardiaques) : **transfusions de 2 poches de concentré érythrocytaire** après groupage sanguin et recherche d'anticorps antiérythrocytaires irréguliers.

• Puis administration de fer par voie orale : **sulfate ferreux + acide ascorbique**, 1 cp tous les matins à jeun (si la tolérance est médiocre, possibilité de prise au cours d'un repas) pendant une durée d'au moins 3 mois (en prévenant le sujet de la survenue de selles noires).
NB : il n'y a pas d'intérêt à augmenter la posologie quotidienne car l'absorption du fer est limitée au niveau de l'intestin grêle et la tolérance est moins bonne. Par contre, le traitement doit être pour suivi plusieurs mois pour reconstituer les réserves martiales.

• Le traitement étiologique est indispensable à la prévention des récidives.

Règles hygiénodiététiques

Assurer un apport alimentaire régulier en fer : poissons, viandes, légumes, cacao.

Situations particulières

• *En cas de malabsorption du fer ou d'intolérance à un traitement oral*, un traitement par voie intraveineuse peut être administré dans un établissement de santé : **hydroxyde ferrique**, 300 mg dans 300 mL de sérum salé isotonique à passer en 3 heures, administration renouvelée après 2 à 4 jours en cas de carence profonde (ferritine < 5 µg/L).

Situations particulières (suite)

NB : en raison du risque de réactions graves d'hypersensibilité, une surveillance médicalisée avec des moyens de réanimation doit être assurée pendant au moins 30 min après la perfusion.

• *Si la fuite sanguine chronique reste insuffisamment contrôlée*, le traitement par voie orale doit être plus prolongé ou répété (par exemple, une femme présentant des règles abondantes peut nécessiter l'administration annuelle d'une cure de fer durant 3 mois). Parfois, l'administration par voie veineuse doit être renouvelée.

SURVEILLANCE

• De la tolérance du traitement martial par voie orale qui est parfois médiocre (nausées, douleurs abdominales, constipation, diarrhée), ce qui entraîne l'interruption rapide du traitement par le patient.

• De l'hémogramme après 15 jours et 3 mois pour s'assurer d'une parfaite correction de l'anémie et du volume globulaire.

• De la disparition des signes cliniques éventuels de la carence en fer : asthénie, rhagades de la commissure des lèvres, glossite voire dysphagie.

• De la mise en place et de l'efficacité du traitement étiologique.

NOTES PERSONNELLES

A

Angine ou amygdalite aiguë

RAPPELS

On recense 8 à 9 millions de cas/an en France dont la cause principale est virale (80 %). Le test de diagnostic rapide (TDR) permet le diagnostic d'angine à streptocoque du groupe A (SGA) dans 20 % des cas et justifie alors la prescription antibiotique afin de prévenir le risque de complications.

Diagnostic Clinique devant odynophagie, fièvre d'intensité variable, adénopathies satellites, modifications de l'oropharynx dont l'examen permet de distinguer **4 types anatomocliniques d'angines :**

- ***Érythémateux ou érythémato-pultacé*, le plus fréquent :**

– prédominance des étiologies virales (60 à 90 %) ;

– les étiologies bactériennes sont dominées par le SGA, plus fréquent entre 5 et 15 ans (25 à 40 %), très rare avant 3 ans. L'aspect de l'oropharynx n'est pas prédictif de l'angine à SGA qui peut être érythémateuse, érythémato-pultacée voire unilatérale, érosive. Le **score de Mac Isaac** (Tableau 1) **est utile chez l'adulte :** si score < 2, probabilité d'infection à SGA < 5 %, donc pas de TDR ni de traitement antibiotique.

Un TDR du SGA sera réalisé devant toute angine érythémateuse ou érythémato-pultacée chez l'enfant de plus de 3 ans, et chez l'adulte si le score de Mac Isaac est ⩾ 2. La sensibilité du test est de 90 %, sa spécificité de 95 %.

Le traitement est symptomatique associé à une antibiothérapie si le TDR du SGA est positif. **L'amoxicilline est utilisé en première intention**.

Tableau 1 – Score de Mac Isaac.

Critères	Score
Fièvre > 38 °C	1
Absence de toux	1
ADP cervicales sensibles	1
Atteinte amygdalienne (↑ de volume ou exsudat)	1
Âge (15-44 ans = 0; > 45 ans = 1)	0/1

Les céphalosporines orales sont une alternative. En cas d'allergie aux β-lactamines, les macrolides sont utilisables après prélèvement de gorge préalable (20 % de résistance aux macrolides) (Tableau 2).

• ***Pseudomembraneux :***

– la cause principale est la **mononucléose infectieuse (MNI**) liée au virus d'Epstein-Barr (EBV) qui touche l'adolescent et l'adulte jeune avec présence de fausses membranes non adhérentes, respectant la luette, avec purpura du voile du palais, adénopathies diffuses en particulier cervicales et une splénomégalie fréquente.

La numération formule sanguine montre un syndrome mononucléosique et/ou une thrombopénie (50 %), parfois une hypertransaminasémie. Le *MNI test* et la recherche d'IgM anti-VCA (sérologie EBV) confirment le diagnostic. Il n'y a pas de traitement antiviral efficace sur EBV. **Les aminopénicillines (amoxicilline) sont à proscrire car risque d'allergie (exanthème morbilliforme).** Repos, antipyrétique (**paracétamol** : 500 mg à 3 g/24 h selon l'âge) et traitement locaux (**chlorhexidine** en flacon pressurisé : 3 pulvérisations/j chez l'adulte et l'enfant > 3 ans) sont la base de la thérapeutique. La corticothérapie est discutée en hospitalisation dans les formes sévères ou compliquées;

– il faut penser à la **diphtérie** en l'absence de vaccination, au retour d'un pays d'endémie (Europe de l'Est, pays en développement). Les fausses membranes sont extensives, adhérentes et cohérentes, envahissant la luette.

Le diagnostic est affirmé en urgence par prélèvement de gorge sur écouvillon sec : bacille diphtérique (corynébactérie, bacille Gram +).

- ***Vésiculeux :***

Les angines vésiculeuses sont **virales** (herpangine due à Coxsackie A ; primo-infection herpétique : gingivostomatite herpétique).

Le traitement est symptomatique. **L'aciclovir 200 mg** (cp ou suspension buvable) : 5 fois/j pendant 10 jours chez l'adulte et l'enfant > 2 ans, est réservé aux primo-infections herpétiques sévères.

- ***Ulcéronécrotiques :***

– l'**angine de Vincent**, due à l'association fusospirillaire *Fusobacterium necrophorum* et *Borrelia vincentii*, est la plus fréquente (terrain de mauvaise hygiène buccodentaire) : fièvre modérée, haleine fétide, ulcération amygdalienne profonde, souple au toucher protégé, adénopathie satellite.

L'antibiothérapie par pénicilline (**amoxicilline gél. 500 mg** : 1 prise 3 fois/24 h pendant 7 jours) est la base de la prise en charge associée à un traitement symptomatique ;

→ ne pas oublier, en cas d'angine ulcéronécrotique, la possibilité d'un **chancre syphilitique** (sérologie spécifique + sérologie VIH) ou d'une angine révélatrice d'une **hémopathie**.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Tableau 2 – Antibiotiques des angines à streptocoque du groupe A (SGA).

Antibiotique	Posologie adulte	Posologie enfant	Durée (jours)
Amoxicilline	1 g/12 h	50 mg/kg/j en 2 prises	6
C2G : céfuroxime-axétil	250 mg/12 h	Non recommandé	4
C3G : cefpodoxime	100 mg/12 h	8 mg/kg/j en 2 prises	5
céfotiam	200 mg/12 h	Non recommandé	5
Azithromycine	500 mg en 1 prise	20 mg/kg/j en 1 prise	3
Clarithromycine	250 mg/12 h	15 mg/kg/j en 2 prises	5
Josamycine	1 g/12 h	50 mg/kg/j en 2 prises	5

L'amoxicilline reste le traitement de référence si le sujet n'est pas allergique aux pénicillines ; le choix d'une molécule avec une durée de prescription courte favorise l'observance. Possibilité d'éruptions cutanées allergiques ou non (MNI, CMV, allopurinol) et de troubles digestifs (diarrhées, candidoses, rarement colite pseudomembraneuse).

Les macrolides nécessitent une culture microbiologique après prélèvement compte tenu des résistances (20 % au moins). Possibilité de troubles digestifs (gastralgies, diarrhées, rarement hépatite toxique).

A

Angor stable ou angine de poitrine

RAPPELS

Symptômes d'inconfort thoracique liés à un déséquilibre entre les besoins métaboliques du myocarde et les apports en oxygène et nutriments, aboutissant à l'ischémie myocardique.

Diagnostic Devant des douleurs médiothoraciques d'effort à type de striction irradiant dans les membres supérieurs, le dos et/ou la mâchoire, parfois accompagnées de signes neurovégétatifs (sueurs, nausées, asthénie, lipothymie, etc.). Une présentation plus atypique (dyspnée, blockpnée) peut survenir, en particulier chez les femmes, les personnes âgées ou en cas de diabète. L'ischémie myocardique est documentée par des examens paracliniques (épreuve d'effort, échocardiographie de stress, scintigraphie myocardique, IRM cardiaque, coronarographie avec étude de la réserve coronaire) d'importance pronostique et thérapeutique. Il faut éliminer une anémie, une valvulopathie aortique, une cardiomyopathie hypertrophique et une hypertension artérielle pulmonaire.

Objectif thérapeutique Améliorer les symptômes d'angor, corriger l'ischémie et prévenir les complications cardiovasculaires par un traitement médical ± une procédure de revascularisation (angioplastie percutanée, pontage).

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

Le traitement médical va associer un antiagrégant plaquettaire (AAP), un bêtabloquant ± un antiangineux et une statine. Les risques de cette polythérapie doivent être analysés :

– *évaluation du risque hémorragique* avant de débuter un traitement AAP, surtout en cas d'associations AAP et anticoagulants. Un inhibiteur de la pompe à protons est conseillé en cas d'association d'antithrombotiques ou d'antécédent d'ulcère gastro-intestinal ;

– *utilisation d'un β bloquant :* contre-indication en cas d'asthme, de BAV ou de bradycardie importante. Réduire la posologie de 50 % si clairance créatinine < 30 mL/min ;

– *utilisation des bloqueurs du* système *rénine angiotensine aldostérone (SRAA)* en cas de dysfonction ventriculaire gauche ou d'hypertension artérielle : prudence en cas d'insuffisance rénale chronique, débuter chez des patients normovolémiques avec surveillance de la fonction rénale (recherche d'une sténose des artères rénales en cas de dégradation brutale de la clairance) ;

– *utilisation des statines* (*cf.* « Hypercholestérolémie ») : contre-indication en cas d'hépatopathie sévère, surveillance des transaminases 6 semaines après l'introduction du traitement.

– *utilisation possible d'ivabradine* (prescription initiale réservée aux cardiologues) : surveillance de la fréquence cardiaque.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• β-bloquant ou inhibiteur calcique, traitement de première intention pour le contrôle de la fréquence cardiaque et des symptômes :
– **bisoprolol :** 1,25 à 10 mg en une prise/j ;
ou
– **diltiazem LP :** 200 à 300 mg en une prise/j.

• Antiangineux, utilisation en cas de symptômes résistants au traitement de fond :
– **molsidomine :** 2 à 4 mg × 3/j,
ou
– **trinitrine patch :** 5 à 15 mg/j,
en fonction de la réponse clinique ;
– **trinitrine spray :** une pulvérisation en cas de crise douloureuse aiguë ou avant l'effort.

• Aspirine seule en l'absence de revascularisation :
– **acide acétylsalicylique :** 75 à 160 mg/j en une prise ; le clopidogrel peut être utilisé en première ligne en cas d'intolérance à l'aspirine ;
– si angioplastie percutanée, aspirine en association avec **clopidogrel**, 75 mg/j (pour une durée variable selon le type d'endoprothèse, de 6 semaines à 12 mois).

• Statines : **simvastatine** 10 à 40 mg/j initialement puis adaptation (minimum de 4 semaines) pour arriver en 6 mois à l'objectif de prévention secondaire (LDLc < 1 g/L). En cas d'échec du traitement ou d'intolérance, discuter l'introduction d'**ézétimibe**.

Règles hygiénodiététiques

• *Contrôle des facteurs de risque cardiovasculaire :* sevrage tabagique ; contrôle d'une dyslipidémie ; contrôle tensionnel avec

Règles hygiénodiététiques (suite)

objectif de PAS < 140 mmHg et PAD < 90 mmHg ; contrôle glycémique avec objectif d'une HbA1c < 7 %.

• *Prise en charge hygiénodiététique* : activité physique régulière (30 min de marche par jour par exemple) ; limitation des apports en acides gras saturés et trans et en sucres ; obtenir un IMC < 25 et/ou une perte de poids d'environ 10 % (si possible, tour de taille < 94 cm chez les hommes et < 80 cm chez les femmes) ; limiter les expositions aux situations de stress psychologique.

Situations particulières et précautions d'emploi

• *En cas d'insuffisance cardiaque ou d'hypertension artérielle*, bloqueur du SRAA : **ramipril** 1,25 mg matin, posologie à augmenter progressivement jusqu'à 10 mg (une augmentation de 30 % de la créatinine est tolérée).

• *En cas de contre-indication aux β-bloquants* (asthme) ou en association si la fréquence cardiaque reste ⩾ 75/min avec un angor réfractaire : **ivabradine cp sécable 5 mg**, 2,5 à 7,5 mg 2 fois/j.

• **Associations d'antithrombotiques :** il est primordial de limiter le plus possible les prescriptions concomitantes de traitements antithrombotiques (AAP + anticoagulants). Certaines situations imposent une trithérapie, notamment en cas d'angioplastie chez un patient présentant une indication d'anticoagulation au long cours (fibrillation atriale, maladie thromboembolique, prothèse valvulaire mécanique, thrombus VG). Pour simplifier, en cas de risque hémorragique élevé (score HAS-BLED ⩾ 3), la trithérapie initiale peut être remplacée par une association AVK + clopidogrel d'emblée qui peut être relayée dès 6 mois par l'AVK seul. En 2017, la place des nouveaux anticoagulants reste en cours d'évaluation.

• *En cas d'utilisation temporaire d'IPP* pour réduire le risque hémorragique gastroduodénal, éviter l'oméprazole et l'ésomeprazole en cas de traitement par le clopidogrel.

Situations particulières et précautions d'emploi (suite)

- **Chirurgie et risque hémorragique :** si chirurgie urgente, pas de délai. Si chirurgie programmée, attendre la fin du traitement AAP double. Dans les cas intermédiaires de chirurgie semi-urgente, évaluer les risques hémorragique et thrombotique au cas par cas et opérer sous double AAP, aspirine seule ou, exceptionnellement, sans traitement AAP.

SURVEILLANCE

- Surveillance clinique régulière de l'efficacité thérapeutique, dans les premières semaines après les prescriptions puis au minimum 1 fois/an. La persistance de crises d'angor conduit à une réévaluation en vue d'une revascularisation percutanée ou chirurgicale.
- Réévaluation régulière de la tolérance des β-bloquants (hypotension, insuffisance cardiaque, bradycardie, phénomène de Raynaud, psoriasis), des inhibiteurs calciques (œdèmes insensibles aux diurétiques, céphalées, bradycardie), des bloqueurs du SRAA (kaliémie, insuffisance rénale), des statines (effets musculaires, cytolyse hépatique) et du rapport bénéfice/risque des antithrombotiques.

NOTES PERSONNELLES

A

Aphtose buccale récidivante

RAPPELS

Caractérisée par des ulcérations récidivantes de la muqueuse buccale, l'aphtose affecte 10 % de la population, plus volontiers l'adolescent dans un contexte de stress. Bien que d'évolution bénigne, l'aphtose dite vulgaire peut engendrer, par la fréquence des crises et l'intensité des douleurs, une gêne marquée à l'élocution et/ou à l'alimentation, parfois compliquée d'amaigrissement.

Diagnostic

- Clinique devant un ou plusieurs ulcères douloureux, arrondis ou ovoïdes, de taille variable (2 à 15 mm), dont le fond est jaunâtre et le bord inflammatoire rougeâtre. Le caractère récidivant (de quelques poussées par an à des manifestations subintrantes), le début durant l'enfance ou l'adolescence et l'évolution spontanément résolutive en 7 à 15 jours sont très évocateurs. Des cas familiaux sont retrouvés chez un tiers des malades.
- Aucun examen complémentaire n'est nécessaire mais il faut penser aux diagnostics différentiels : intolérance au gluten, états carentiels, maladie de Crohn, maladie de Behçet (aphtose bipolaire), infections (herpès, HIV, syphilis), pemphigus, hémopathies, médicaments (nicorandil, AINS, bêtabloquants, etc.).

Objectif thérapeutique Soulager le malade, éviter les surinfections et prévenir les récidives dans les formes sévères. La colchicine sera alors utilisée en première intention.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Recherche de contre-indications à la colchicine* : insuffisance rénale ou hépatique, association aux macrolides et à la pristinamycine (risque d'accumulation et de toxicité). Avec le Colchimax® (qui comporte de l'opium), risque de glaucome et de rétention urinaire. La grossesse n'est pas une contre-indication.

• *Recherche d'associations déconseillées* : ciclosporine, inhibiteurs de protéases, inhibiteurs du CYP 3A4, vérapamil, ralentisseurs du transit intestinal (diarrhée masquée).

• *Identification de terrains à risques* : sujets âgés, insuffisance rénale modérée, anomalies de l'hémogramme.

• *Recherche d'associations à prendre en compte* : AVK (potentialisation → contrôle INR), statines (risque musculaire).

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• **Chlorhexidine 0,12 %** (flacon de 300 mL) : 2 à 3 bains de bouche/jour (15 mL soit une cuillère à soupe de solution non diluée), de préférence après le repas et un brossage des dents.

• **Lidocaïne crème 1 %** (tube de 10 g) : appliquer 0,5 g de crème (soit deux petits pois) 4 fois par jour (soit 20 mg de lidocaïne) en massant doucement pour bien répartir la crème, pendant 5 jours *(ne pas utiliser avant l'âge de 6 ans et ne pas dépasser la dose maximale de 200 mg/j).*

• Si la gêne liée aux récidives le justifie, mise en place d'un traitement de fond : **colchicine 1 mg**, un comprimé tous les jours pendant 2 mois. Ce traitement ne sera pas poursuivi en l'absence d'amélioration après ce délai. À l'inverse, il peut être renouvelé 6 mois à un an.

Règles hygiénodiététiques

• Suppression des traumatismes buccaux : prothèses mal adaptées, matériaux dentaires blessants, brosse à dents dures, etc.

• **Exclusion des aliments déclencheurs qu'il faut rechercher avec soin : chocolat, épices, fruits oléagineux, fromages, fruits non pelés, etc.**

Situations particulières

• *En cas d'insuffisance rénale modérée*, réduction de la dose de colchicine à 0,5 mg/j.

• *En cas d'aphtose rebelle, résistante à la colchicine*, une cortico-thérapie générale brève peut être mise en place avec un relais par une corticothérapie topique

– **prednisone 5 mg :**
  • 20 mg/j pendant 3 jours,

Situations particulières (suite)

- 15 mg/j pendant 3 jours,
- 10 mg/j pendant 3 jours,
- 5 mg/j pendant 3 jours, avec adjonction ultérieure de

– **bétaméthasone 0,1 mg :** 1 cp à sucer, 5 à 10 fois/j, sans croquer ni avaler.

• *En cas d'aphtose invalidante*, après avoir renouvelé le bilan initial à la recherche d'une maladie générale, un traitement par **thalidomide** pourra être prescrit par un spécialiste en milieu hospitalier. Une surveillance particulière est obligatoire compte tenu du caractère tératogène et neurotoxique de ce médicament.

• *En cas de surinfection* (aspect nécrotique, douleurs, adénopathie), un traitement antibiotique est nécessaire : **métronidazole 250 mg + spiramycine 1,5 MUI,** 1 cp 3 fois/j pendant 6 jours.

SURVEILLANCE

De l'efficacité du traitement : soulagement de la douleur et cicatrisation des aphtes. Noter sur un calendrier les dates d'éventuelles récidives pour disposer d'un jugement objectif.

NOTES PERSONNELLES

A

Artériopathie oblitérante des membres inférieurs

RAPPELS

Occlusion partielle ou totale des artères destinées aux membres inférieurs, d'origine athéromateuse le plus souvent. Il en résulte une diminution de la perfusion des membres en aval des lésions. La mortalité à 5 ans, estimée entre 15 et 30 % selon la sévérité de l'atteinte, est le plus souvent d'origine coronarienne.

Diagnostic **Asymptomatique au début**, elle est caractérisée par une abolition des pouls, parfois la présence d'un souffle et un indice de pression systolique < 0,9. Apparaît par la suite l'**ischémie d'effort :** claudication intermittente à type de crampe, survenant progressivement dans un territoire précis et identique pour un même patient. Survient plus tardivement l'**ischémie critique** caractérisée par des troubles trophiques (ulcères hyperalgiques, gangrène, *etc.*) et/ou des douleurs distales de repos. L'écho-Doppler de l'ensemble des artères (aorte, rénales, carotides, vertébrales, *etc.*) est l'examen incontournable en première intention, avec recherche d'un anévrysme de l'aorte. Pour les phases plus sévères, le bilan est complété par un angioscanner ou une angio-IRM ou une artériographie. Un bilan coronarien est également nécessaire.

Objectif thérapeutique Soulager le patient qui souffre, limiter la progression de la maladie et réduire la morbimortalité cardiovasculaire. Il doit associer systématiquement des mesures hygiénodiététiques, un traitement antiagrégant plaquettaire, un inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) et une statine.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Recherche de contre-indications :*
– aux antiagrégants plaquettaires : hémorragie active, antécédent d'ulcère gastroduodénal nécessitant l'adjonction d'un inhibiteur de la pompe à protons ;
– aux IEC : prudence en cas d'insuffisance rénale chronique, débuter chez des patients normovolémiques avec surveillance de la fonction rénale (recherche d'une sténose des artères rénales en cas de dégradation brutale de la clairance) ;
– aux statines : contre-indication en cas d'hépatopathie sévère, surveillance des transaminases 6 semaines après l'introduction du traitement puis tous les 3 mois pendant 2 ans.

• *Recherche d'associations déconseillées :* AINS (accroissement du risque rénal et digestif), utilisation prudente d'anticoagulants associés.

• *Recherche de terrains à risque* qu'il faudra traiter ou contrôler : hypertension artérielle, diabète, insuffisance rénale, démence vasculaire.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

- **Acide acétylsalicylique 100 mg cp gastrorésistants :** 1 cp/j.
- **Artorvastatine :** 10 mg/j initialement puis adaptation (minimum de 4 semaines) pour arriver en 6 mois aux objectifs de prévention secondaire (LDLc < 1 g/L). En cas d'échec du traitement ou d'intolérance, discuter l'introduction d'ézétimibe.
- **Ramipril :** 1,25 mg matin, posologie à augmenter progressivement jusqu'à 10 mg (une augmentation de 30 % de la créatinine est tolérée).
- **Paracétamol 1 g :** une prise toutes les 6 heures en cas de douleurs.

Règles hygiénodiététiques

- Activité physique quotidienne, 30 minutes de marche à pied par exemple, pour le développement de la collatéralité.
- Arrêt impératif du tabac (soutien psychologique, consultation dans un centre de sevrage, **substituts nicotiniques** : patchs de 7 à 21 mg/j, gommes de 10 à 60 mg/j, *etc.*).
- Régime alimentaire pauvre en acides gras saturés et trans (intérêt d'un suivi diététique) et régime antidiabétique en cas de diabète avéré.
- Orienter vers un programme d'éducation thérapeutique et vers un programme de réadaptation à la marche.

Situations particulières

- **En cas d'échec du traitement médical**, une revascularisation peut être proposée pour l'ischémie d'effort ou plus rapidement pour l'ischémie persistante chronique.

Situations particulières (suite)

• **En cas d'ischémie aiguë**, hospitalisation en urgence pour une revascularisation de sauvetage (percutanée ou chirurgicale) et mise en place possible (en cas de délai chirurgical ou de contre-indication) d'une **perfusion continue d'iloprost** : on débute la perfusion à une dose de 0,5 ng/kg/min pendant 30 minutes. Ensuite, on augmente la dose toutes les 30 minutes, par paliers de 0,5 ng/kg/min jusqu'à un maximum de 2,0 ng/kg/min. Surveillance étroite de la tension artérielle et de la tolérance clinique (céphalées, flush, érythème, agitation, tachycardie, crise d'angor, nausées, etc.) qui nécessitent souvent une réduction des doses.

SURVEILLANCE

• De l'efficacité et de la tolérance du traitement : saignements, douleurs gastriques (AAS), hypotension artérielle et toux (IEC), myalgies, cytolyse hépatique (statines), insuffisance rénale (recherche d'une sténose des artères rénales).

• De l'observance thérapeutique et du contrôle des facteurs de risques cardiovasculaires : HTA, LDL cible (< 1 g/L), HbA1C < 7 %, activité physique.

• De l'évolution de l'artériopathie et de la maladie athéromateuse avec dépistage d'une cardiopathie ischémique, d'un cancer bronchopulmonaire, ORL ou de vessie (tabac).

NOTES PERSONNELLES

A

Arthrose : gonarthrose, coxarthrose

RAPPELS

Atteintes articulaires chroniques du genou ou de la hanche, d'origine dégénérative, caractérisées par une dégradation du cartilage et une ostéoformation réactionnelle.

Diagnostic Douleur mécanique du genou ou de la hanche, s'accompagnant d'une impotence fonctionnelle progressive avec réduction du périmètre de marche et limitation des mobilités articulaires. Le diagnostic repose sur l'examen clinique montrant des limitations articulaires et surtout l'analyse du bilan radiographique montrant des signes caractéristiques (diminution de hauteur de l'interligne articulaire, condensation osseuse sous-chondrale, ostéophytose). Il n'y a pas de syndrome inflammatoire biologique.

Objectif thérapeutique Réduire la symptomatologie douloureuse, améliorer la capacité fonctionnelle et les amplitudes articulaires et éventuellement ralentir la progression de la dégradation cartilagineuse.

Les dernières recommandations européennes de prise en charge de la gonarthrose et de la coxarthrose mettent surtout l'accent sur les thérapeutiques non médicamenteuses.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Recherche de contre-indications aux AINS*, notamment ulcère digestif évolutif, insuffisance hépatique ou rénale sévère, grossesse.
- *Recherche d'un terrain à risque* : antécédent d'ulcère digestif, de pathologie cardiovasculaire thrombotique, insuffisance rénale, insuffisance cardiaque.
- *Recherche des associations contre-indiquées ou déconseillées avec les AINS* : anticoagulants, lithium, méthotrexate à forte dose, ticlopidine, aspirine à forte dose.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance en cas de poussée aiguë

- **Paracétamol 325 mg + Tramadol 37,5 mg :** 2 comprimés toutes les 8 heures, soit 6 cp/24 h, pendant 5 jours.
- **Naproxène 550 mg :** 1 cp matin et soir au milieu du repas pendant 5 jours.

Ordonnance pour le traitement de relai

- **Paracétamol :** 1 g matin, midi et soir (ne pas dépasser 4 g/j) en cas de douleurs.
- **Diclofénac gel :** 1 application matin et soir sur l'articulation douloureuse durant un mois.
- **Glucosamine :** 1 cp ou 1 sachet à 1 178 mg/j, traitement à prolonger plusieurs mois.

Règles hygiénodiététiques

- Il est essentiel de faire adhérer le patient à un **programme d'édu-cation thérapeutique :** modification du mode de vie avec exercices physiques réguliers, adaptation des activités physiques, perte de poids si nécessaire, ménagement des articulations arthrosiques.
- **Port d'une canne du côté controlatéral** à l'articulation arthrosique, lors des poussées douloureuses, afin de ménager l'articulation.
- Conseils concernant le port de **chaussures appropriées** et le port éventuel d'une **orthèse de genou**.

Situations particulières

• En cas d'échec des traitements classiques, il est possible :
– d'effectuer une infiltration intra-articulaire de corticoïde lors des poussées fluxionnaires (en particulier après l'évacuation d'un épanchement) : **triamcinolone**, 0,5 à 2 mL, infiltration susceptible d'être renouvelée (une seule fois) après 21 à 30 jours en cas de persistance ou de récidive des symptômes ;
– de proposer une injection intra-articulaire d'acide hyaluronique, ayant un effet symptomatique bénéfique retardé : **hyaluronate de Na**, une injection de 2 mL, à renouveler 1 fois/semaine, 3 semaines au maximum ;
– de proposer une intervention chirurgicale (correction axiale ou prothèse).

• *En cas d'échec* de toutes les thérapeutiques proposées et de l'impossibilité d'intervenir chirurgicalement, un traitement opioïde faible voire fort peut être proposé en respectant les règles d'utilisation de ces médicaments.

SURVEILLANCE

• De l'efficacité du traitement : évaluation de la douleur à la marche et au repos. Surveillance radiographique à un an ou deux ans permettant également de juger de l'évolutivité.

• Recherche des effets indésirables des antalgiques utilisés, notamment des AINS : troubles digestifs, hypertension, insuffisance rénale, hépatite, anémie.

A

Ascaridiose

RAPPELS

Infestation à *Ascaris lumbricoides*, parasite cosmopolite fréquent dans les pays tropicaux, plus rare dans les pays tempérés. C'est un ver rond (nématode) de 12 à 25 cm, vivant dans le duodénum où il se nourrit. Contamination par ingestion de nourriture souillée par un œuf embryonné (péril fécal). Les parasites gagnent le foie puis le poumon et sont déglutis par le pharynx dans le tube digestif où ils gagnent leur taille adulte.

Diagnostic

- Suspecté cliniquement devant des troubles digestifs tels que diarrhées, douleurs abdominales et parfois une complication : angiocholite, pancréatite, appendicite, occlusion, perforation. En phase initiale de migration larvaire, possibilité de toux + fièvre + opacités radiologiques fugaces (syndrome de Löffler). Parfois, l'expulsion d'un ver par l'anus conduit au diagnostic. Inversement, l'infestation peut rester asymptomatique.
- La confirmation diagnostique s'effectue par un examen parasitologique des selles : présence d'œufs mais seulement 2 mois après le début de l'infestation, donc connaître l'hyperéosinophilie apparaissant quelques jours après la contamination.

Objectif thérapeutique Éradication du parasite, contrôlée par un examen parasitologique des selles.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Recherche de contre-indications :* albendazole et alubendazole, grossesse ou allaitement (*cf.* « Situations particulières » ci-après).

• *Recherche de terrains à risque qu'il faudra traiter ou contrôler :*
– albendazole : insuffisance rénale, insuffisance hépatique ;
– flubendazole : le produit contient du saccharose.

• *Recherche d'associations déconseillées :* néant mais la cimétidine, la déxaméthasone et le praziquantel peuvent augmenter les taux plasmatiques d'albendazole.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• **Albendazole 400 mg :** une prise unique de 1 cp pendant un repas.

[Chez l'enfant > 2 ans : 1 flacon de 10 mL de suspension buvable à 4 % (400 mg).]

ou

• **Flubendazole 100 mg :** 1 cp matin et soir pendant 3 jours.

[Chez l'enfant : une cuillère-mesure de suspension buvable à 2 % (100 mg/mesure) matin et soir pendant 3 jours.]

Règles hygiénodiététiques

- Pas de régime alimentaire particulier pendant le traitement.
- Assurer un lavage soigneux et régulier des mains.
- Prévenir le patient qu'il va éliminer des vers.
- Nettoyer la cuvette des toilettes à l'eau de Javel.
- À titre préventif, assurer la propreté des aliments, en particulier lavage des fruits et crudités avant consommation.

Situations particulières

Chez la femme enceinte, l'albendazole est contre-indiqué au 1er trimestre. Préférer dans cette situation : **Pyrantel 125 mg,** 10 mg/kg (habituellement 6 comprimés en une seule prise pour les adultes de moins de 75 kg).

SURVEILLANCE

- De la tolérance du traitement : troubles digestifs transitoires, rashs cutanés, migration de l'ascaris à travers la bouche et le nez.
- De la négativation de l'examen parasitologique des selles à 3 mois.
- Du respect des règles d'hygiène dans la préparation des aliments, en particulier en pays tropical.

NOTES PERSONNELLES

A

Ascite cirrhotique

RAPPELS

Épanchement intra-abdominal sérofibrineux lié à une rétention hydrosodée induite par l'hypertension portale. L'ascite témoigne d'une atteinte hépatique sévère (44 % de décès dans les 5 ans suivant la première décompensation ascitique). L'épanchement reste en général circonscrit à l'abdomen mais concerne parfois l'hémithorax droit. Des œdèmes des membres inférieurs sont très souvent associés à l'ascite.

Diagnostic Clinique. L'ascite apparaît dans un tableau de météorisme abdominal : « le vent précède la pluie ». Elle est suspectée sur une augmentation du périmètre abdominal avec matité abdominale déclive. Des douleurs abdominales sont souvent présentes. Très marquées, elles évoquent une infection du liquide d'ascite, en particulier lorsqu'elles sont associées à une fièvre, un asterixis, un ictère, une diarrhée ou une insuffisance rénale.

L'ascite est affirmée par l'échographie et la ponction à l'aiguille fine. Un gradient [albumine sang-albumine ascite] > 11 g/litre permet d'affirmer l'hypertension portale même si une autre cause d'ascite peut lui être associée (5 % des cas d'ascite chez le cirrhotique).

Le diagnostic différentiel se fait essentiellement avec les ascites d'origine cardiaque (ProBNP), une carcinose péritonéale (richesse en protides, cellules tumorales en cytochimie), une tuberculose péritonéale (recherche de mycobactérie par PCR, cœlioscopie) et une hypoalbuminémie sévère liée à une insuffisance pancréatique exocrine

(ATCD de pancréatite chronique, calcifications pancréatiques) ou un syndrome néphrotique.

Objectif thérapeutique Augmenter la diurèse sodée > 78 mmol/24 h pour permettre une perte hydrique entraînant la disparition de l'ascite. Prévention de la récidive de l'ascite.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- Vérifier la fonction rénale et le ionogramme sanguin.
- Contre-indiquer les anti-inflammatoires non stéroïdiens et éviter les inhibiteurs de l'enzyme de conversion ou les inhibiteurs des récepteurs de l'angiotensine responsables d'insuffisance rénale en cas d'ascite cirrhotique.
- S'assurer de l'absence d'infection du liquide d'ascite : ponction exploratrice d'ascite avec examen cytochimique et bactériologique sur flacons à hémocultures. L'ascite est considérée comme infectée en cas de concentration en polynucléaires neutrophiles > 250/mm^3. La révélation d'un germe en culture avec une concentration leucocytaire basse témoigne d'une bactèrascite évoluant le plus souvent spontanément vers la guérison (contrôle de l'ascite 72 heures plus tard).

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance pour un traitement diurétique

Traitement associant initialement en une prise le matin :
– **spironolactone 75 mg :** 1 cp;
et
– **furosémide 40 mg :** 1 cp.

Règles hygiénodiététiques

- Arrêt de la consommation de boissons alcoolisées si elle persiste.
- Régime hyposodé à 2 g de sel/j (avis diététique nécessaire).
- Le repos au lit, théoriquement bénéfique, est parfois difficile à mettre en œuvre et n'est plus imposé.

Situations particulières

• **En cas d'ascite infectée**, une hospitalisation est nécessaire pour :
– **perfusions d'albumine à 20 % :** 1,5 g/kg de poids corporel à J1 et 1 g/kg à J3;
– antibiothérapie probabiliste pendant 5 jours :
- **ofloxacine 200 mg**, 2 cp matin et soir, posologie réduite de 50 % si ClCr < 50 mL/min ou sujet > 70 ans,
ou
- **amoxicilline-acide clavulanique 1 g :** 1 sachet toutes les 8 heures per os,
ou
- **céfotaxime 1 g :** 1 g toutes les 6 heures en injections IV lente.
Durée du traitement 5 jours.

Situations particulières (suite)

- Arrêt des diurétiques **pour éviter toute cause d'hypovolémie**.
- **Prévention de l'infection d'ascite :** après une première infection d'ascite ou en cas d'ascite pauvre en protides (< 10 g/L), en particulier en cas d'élévation de la bilirubinémie, un traitement prophylactique de l'infection d'ascite doit être prescrit au long cours : **norfloxacine 200 mg**, 1 cp matin et soir.
- **En cas d'ascite réfractaire**, définie par une non-réponse aux diurétiques à forte posologie et/ou l'apparition d'une insuffisance rénale et/ou d'une hyponatrémie inférieure à 125 mmol/mL sous traitement
  - arrêt des diurétiques ;
  - ponctions évacuatrices d'ascite à la demande pour soulager l'inconfort ou les douleurs abdominales. Ne pas dépasser 5 litres ;
  - une perfusion d'albumine (20 g/2 litres évacués) est nécessaire ;
  - discussion de la pose d'un shunt intrahépatique portosystémique (*Transjugular intrahepatic portosystemic shunt* ou TIPS) par une équipe spécialisée.

SURVEILLANCE

- De l'efficacité du traitement : poids, diurèse, natriurèse des 24 heures ou plus simplement rapport Na^+/K^+ urinaire sur échantillon urinaire.
- De la tolérance du traitement : recherche de signes d'encéphalopathie (asterixis), d'une gynécomastie (induite par la spironolactone au long cours). **Ionogramme sanguin et créatininémie** toutes les deux semaines initialement puis mensuellement à la recherche d'une hyponatrémie < 125 mmol/L, d'une hyperkaliémie ou d'une insuffisance rénale contre-indiquant la poursuite du traitement ou des adaptations posologiques.

A

Asthme aigu ou exacerbation d'asthme

RAPPELS

Diagnostic L'exacerbation correspond à la persistance de symptômes (toux, sifflements, oppression thoracique), associés à une chute du débit de pointe, sans retour à l'état de base pendant au moins 2 jours. Elle nécessite une modification thérapeutique. Sa gravité est variable. Une exacerbation non traitée peut conduire à un épisode d'asthme aigu grave, mais celui-ci peut également s'installer brutalement. Il s'agit d'une détresse respiratoire qui peut mettre en jeu le pronostic vital.

Objectif thérapeutique Prendre en charge rapidement l'exacerbation pour éviter la survenue d'un asthme aigu grave et prévenir les dégradations de la fonction respiratoire.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Recherche de terrains à risque :*

– liés à la maladie :
  - ATCD d'asthme aigu grave, de séjour en réanimation, d'intubation,
  - hospitalisations ou consultations itératives,
  - utilisation récente d'une grande quantité de bêta-agonistes (1 à 2 par mois),

asthme « labile », réversibilité sous bêta-2-mimétique > 50 %,

- patient sous trithérapie antiasthmatique,
- arrêt récent ou utilisation au long cours de corticoïdes *per os* ;

– liés au patient :
conditions socioéconomiques défavorisées,
comorbidités (en particulier psychiatriques),
tabagisme,
patient mauvais percepteur de l'obstruction bronchique,
mauvaise observance thérapeutique,
- déni de la maladie,
utilisation abusive bêta-2-mimétique.

• *Évaluation de la sévérité :*

– asthme aigu modéré : majoration des symptômes, peut former des phrases, DEP > 50-75 % de la théorique ou de la meilleure valeur, pas de critère d'asthme aigu sévère ;

– asthme aigu sévère : présence d'un des symptômes suivants → DEP 30-50 % de la valeur théorique ou de la meilleure valeur, fréquence respiratoire ≥ 25/min, fréquence cardiaque ≥ 110/min, difficulté à la parole (ne prononce que des mots), assis, penché en avant, utilisation des muscles respiratoires ;

– asthme aigu grave, menaçant le pronostic vital, présence d'un des symptômes suivants → troubles de conscience, épuisement respiratoire, fréquence respiratoire > 30/min, dyspnée entre chaque mot, arythmie, fréquence cardiaque > 120/min, hypotension, cyanose, silence auscultatoire ou sibilances diminuées, DEP ≤ 30 %, SpO_2 < 92 %, PaO_2 ≤ 8kPa, $PaCO_2$ « normale » (4,6-6 kPa).

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance en cas d'exacerbation d'asthme aigu léger

Bêta-2-mimétique de courte durée d'action : 4 à 10 bouffées (chambre d'inhalation) à répéter toutes les 20 minutes pendant 1 heure.

Ordonnance en cas d'exacerbation d'asthme aigu modéré

- **Bêta-2-mimétique de courte durée d'action :** 4 à 10 bouffées (chambre d'inhalation) à répéter toutes les 20 minutes pendant 1 heure.
- Ou si possible nébulisation : **terbutaline ou salbutamol 5 mg** + **ipratropium 0,5 mg** toutes les 20 minutes la première heure.
- **Prednisolone ou prednisone :** adulte 1 mg/kg (dose maximale 50 mg), enfant 1 à 2 mg/kg (dose maximale 40 mg).

Ordonnance en cas d'exacerbation d'asthme aigu sévère ou asthme aigu grave

- **URGENCE : appel SAMU** pour une prise en charge hospitalière.
- **Oxygénothérapie :** saturation cible 93-95 % (enfants 94-98 %) avec surveillance saturation.
- **Nébulisation** sous oxygène :

– *chez l'adulte :* **terbutaline 5 mg** + **ipratropium 0,5 mg,** à diluer dans du sérum physiologique stérile pour obtenir un volume de 5 mL, puis administrer à l'aide d'un nébulisateur ultrasonique en 10 à 15 minutes. À répéter toutes les 20 minutes durant la première heure ;

Ordonnance en cas d'exacerbation d'asthme aigu sévère ou asthme aigu grave

– *chez l'enfant :* **terbutaline 0,010 mg/kg + ipratropium 0,25 mg,** à diluer dans du sérum physiologique stérile pour obtenir un volume de 4 mL, puis administrer à l'aide d'un nébulisateur ultrasonique en 10 à 15 minutes. À répéter toutes les 20 minutes durant la première heure.

- En cas d'inefficacité, préférer une **voie injectable :**

– *à domicile :* **terbutaline,** une injection sous cutanée de 0,5 mg ;
– *en milieu hospitalier :* **salbutamol,** 0,25-0,5 mg/h au pousse seringue électrique**.**

- **Prednisolone ou prednisone :** adulte 1 mg/kg (dose maximale 50 mg), enfant 1 à 2 mg/kg (dose maximale 40 mg).

SURVEILLANCE

- *De l'efficacité du traitement :* évaluation à 1 heure (DEP, symptômes), surveillance totale au minimum de 2 heures, retour à domicile si examen normal (DEP > 70 %), réévaluation précoce à 48 h.
- Recherche *de facteurs déclenchants.*

NOTES PERSONNELLES



Asthme chronique

RAPPELS

Maladie inflammatoire chronique des voies aériennes comportant une hyperréactivité/hypersécrétion bronchique aboutissant à une obstruction lorsque celles-ci sont exposées à un facteur de risque (allergène, fumée tabac, activité physique, infection respiratoire, médicament, irritant chimique, exposition professionnelle).

Diagnostic Devant des épisodes récurrents associant sifflements respiratoires, oppression thoracique, toux, difficulté respiratoire à prédominance nocturne ou matinale, parfois rythmés par les saisons ou l'exposition à un facteur de risque, chez un patient ayant des ATCD personnels ou familiaux d'atopie ou d'asthme. L'amélioration des symptômes après un traitement d'épreuve est un argument supplémentaire. La spirométrie mesure la réduction du flux expiratoire ainsi que la réversibilité (augmentation de 12 % et de 200 mL du VEMS après bronchodilatateur). La variabilité du débit de pointe *(peak-flow)* est également en faveur du diagnostic.

Objectifs thérapeutiques Limiter les manifestations cliniques et le recours au traitement de secours ; prévenir les manifestations de type exacerbation et le déclin de la fonction respiratoire ; maintenir une activité physique et une vie active.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Établir une relation de confiance médecin-patient : éducation thérapeutique* sur les facteurs de risques, les objectifs du traitement de fond et de secours, la technique de prise du traitement, la surveillance des symptômes et du débit expiratoire de pointe (DEP).

• *Rechercher des facteurs de risque :* identifier et réduire dans la mesure du possible l'exposition environnementale.

• *Définir la sévérité de l'asthme :* histoire de la maladie sur les 6 à 12 mois précédents (intermittent, persistant léger/modéré/sévère).

• *Établir le niveau de contrôle de l'asthme* sur une période récente (1 semaine à 3 mois) à chaque consultation (Tableau 1).

Tableau 1 – Critères de contrôle de l'asthme.

Caractéristiques	Contrôlé (tous les critères)	Partiellement contrôlé (au moins 1 critère)	Non contrôlé
Symptômes diurnes	Aucun (2 fois ou moins/semaine)	Plus de 2 fois/ semaine	3 critères ou plus de l'asthme partiellement contrôlé
Limitation des activités	Non	Oui	
Symptômes nocturnes ou au réveil	Non	Oui	
Utilisation traitement en cours	Non (2 fois ou moins/par semaine)	Plus de 2 fois/ semaine	
Fonction respiratoire (DEP ou VEMS)	Normale	< 80 % de la meilleure valeur ou de la fonction attendue	

• *En cas d'absence de contrôle*, le traitement doit être majoré (notion de paliers thérapeutiques).

PRESCRIPTIONS

Ordonnance de traitement de fond

Cinq paliers thérapeutiques (Tableau 2).

Pour un asthme persistant léger, deux options
– corticothérapie inhalée : **budésonide 100 µg**, une inhalation matin et soir. Se rincer la bouche après les prises ;
ou
– antileucotriène : **montélukast 10 mg**, 1 cp/j.

- En cas de symptômes : **salbutamol spray 100 µg**, 1 à 2 bouffées.
- Prise en charge de l'allergie : antihistaminique (**cétirizine** 10 mg/j en une prise vespérale de 1 cp pendant quelques jours à un mois selon l'évolution), traitements locaux, immunothérapie spécifique si indication.
- En cas de contrôle insuffisant, possibilité de traitements combinés inhalés (corticothérapie + β2-mimétique d'action prolongée) : **budésonide 100 µg/formotérol 6 µg**, une inhalation matin et soir (Tableau 3).

Règles hygiénodiététiques

- Éviction des irritants et des allergènes. Arrêt du tabagisme éventuel.
- Traitement et prise en charge des comorbidités et pathologies associées : pathologies rhinosinusiennes, reflux gastro-œsophagien, obésité.
- Contre-indications médicamenteuses : β-bloquants ; si intolérance : aspirine, AINS.
- Activité physique régulière.
- Vaccination antigrippale annuelle recommandée si asthme modéré à sévère.

Règles hygiénodiététiques (suite)

• Précautions habituelles en cas de corticothérapie orale : régime hyposodé, pauvre en sucres rapides et riche en calcium.

Situations particulières

L'**asthme d'effort** ne contre-indique pas la poursuite d'une activité physique mais nécessite la prise d'un β2-mimétique de courte durée d'action avant l'exercice : **salbutamol spray 100 µg**, 1 bouffée, à renouveler si nécessaire.

SURVEILLANCE

• Mesure régulière du DEP à domicile, surtout en cas de symptômes.

• Consultation tous les 3 mois si corticothérapie inhalée à forte dose, tous les 6 mois si dose moyenne ou faible et tous les ans si pas de corticothérapie inhalée.

• De l'observance et de l'efficacité du traitement par évaluation du contrôle de l'asthme : symptômes quotidiens, limitation de l'activité, symptômes nocturnes, utilisation du traitement de secours, fonction respiratoire (spirométrie)
– si *aucun de ces éléments n'est présent*, l'asthme est contrôlé et le traitement minimal efficace doit être recherché ;
– si *le patient présente 3 ou plus de ces symptômes*, l'asthme est non contrôlé et le traitement de fond doit être renforcé par l'ajout d'un β2-mimétique de longue durée d'action ou l'augmentation de la dose de corticoïdes inhalés ;
– *en cas de traitement inhalé maximal*, l'asthme est considéré comme difficile à traiter et peut nécessiter l'introduction d'une corticothérapie orale au long cours ou d'un traitement anti-IgE (omalizumab ; prescription spécialisée) ;
– si *le contrôle de l'asthme est bon* depuis au moins trois mois, une décroissance progressive du traitement de fond sous couvert d'une

surveillance rapprochée peut être envisagée afin de trouver le traitement minimal efficace.

Tableau 2 – Cinq paliers thérapeutiques [β2 CA = β2 mimétiques d'action courte; β2 LA = β2 d'action longue; CSI = corticothérapie inhalée].

Étape 1	Étape 2	Étape 3	Étape 4	Étape 5
Éducation, contrôle de l'environnement				
β2 CA		β2 CA		
Options pour traitement de fond	Prendre 1 traitement	Prendre 1 traitement	Au traitement de l'étape 3, en prendre 1 ou plus	Au traitement de l'étape 4, ajouter l'un ou l'autre
	CSI à faible dose	CSI à faible dose et β2 LA	CSI à dose moyenne ou forte et β2 LA	Cortico-thérapie orale
	Anti-leucotriène	CSI à dose moyenne ou forte CSI à faible dose et anti-leucotriène CSI à faible dose et théophylline LP	Anti-leucotriène Théophylline LP	Anti-IgE

Tableau 3 – Corticothérapie inhalée.

Molécules	Dose faible (µg)	Dose moyenne (µg)	Dose forte (µg)
Béclométhasone dipropionate-CFC	200-500	> 500-1 000	> 1 000-2 000
Béclométhasone dipropionate-HFA	100-200	> 200-400	> 400
Budésonide	200-400	> 400-800	> 800-1 600
Ciclésonide	80-160	> 160-320	> 320-1 280
Fluticasone propionate	100-250	> 250-500	> 500-1 000
Motémasone furoate	220	> 220-440	> 440
Triamcinolone acétonide	400-1 000	> 1 000-2 000	> 2 000

NOTES PERSONNELLES

B

Bactériurie asymptomatique

RAPPELS

Mise en évidence par un examen cytobactériologique urinaire (ECBU) d'un germe potentiellement pathogène (habituellement un bacille Gram négatif) chez un patient totalement asymptomatique (ni fièvre, ni signes urinaires). Cette situation est plus fréquente dans le sexe féminin et chez les sujets âgés ainsi qu'en présence d'anomalies génito-urinaires. La prévalence est estimée de 1 à 5 % chez les femmes en bonne santé non ménopausées, à près de 10 % chez les femmes enceintes et à plus de 20 % chez les femmes diabétiques. Chez les sujets âgés des deux sexes hébergés en long séjour, les bactériuries asymptomatiques peuvent atteindre 50 %. Chez un patient sondé, le taux augmente proportionnellement au nombre de jours de sondage, et une bactériurie est détectée quasiment chez 100 % des patients sondés après 30 jours.

Diagnostic **Le dépistage d'une bactériurie doit donc être limité** à un certain nombre de situations, en particulier les femmes enceintes entre 9 et 16 semaines ainsi qu'avant une intervention génito-urinaire dans les deux sexes. Mais dans les autres situations, qu'il s'agisse d'examens systématiques, de patients diabétiques, de personnes âgées, de sujets sondés ou de traumatisés médullaires, cet examen n'est d'aucune utilité. Il faut noter que l'existence d'une pyurie n'est pas une aide pour distinguer une bactériurie symptomatique d'une bactériurie asymptomatique (en particulier en cas de vaginose bactérienne).

Objectif thérapeutique Prévenir un urosepsis compliquant une bactériurie asymptomatique, mais en limitant la génération de résistances aux antibiotiques.

➠ *En fait, l'intérêt d'un traitement antibiotique préventif n'a été établi que chez les femmes enceintes qui ont un risque de pyélonéphrite multiplié par 20 à 30 en cas de bactériurie asymptomatique (en particulier entre la 9e et la 16e semaine de gestation) et en prophylaxie lors d'examens ou d'interventions urologiques invasives, en particulier lors d'une résection transurétrale de prostate (risque important de bactériémie et de sepsis grave en l'absence d'antibiothérapie préalable).*

➠ *Au contraire, les bactériuries ne doivent pas être traitées si les patients sont asymptomatiques ou si leurs symptômes relèvent d'une autre étiologie. En effet, outre la survenue possible de manifestations iatrogènes, le risque est celui du développement de résistances antibiotiques.*

➠ *En particulier dans les populations âgées en résidence, l'existence de symptômes non spécifiques comme des troubles cognitifs, de la fièvre ou une hyperleucocytose ne doivent pas être automatiquement attribués à une bactériurie compte tenu de sa haute prévalence dans cette population et d'autres causes doivent être systématiquement suspectées (troubles de déglutition, escarre).*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Limiter le traitement aux patients relevant de deux catégories :* d'une part les femmes enceintes; d'autre part les sujets devant bénéficier d'une intervention urogénitale invasive.

• *Recherche de contre-indications à certains antibiotiques :*

– *amoxicilline :* allergie connue aux pénicillines;

– *furadantine :* insuffisance rénale sévère, déficit en G6PD, grossesse au 9e mois;

fosfomycine : insuffisance rénale sévère;

– *les quinolones* sont contre-indiquées pendant la grossesse.

• *Recherche d'associations déconseillées : amoxicilline* (allopurinol, méthotrexate).

PRESCRIPTIONS

L'antibiogramme permet un choix rationnel.

Ordonnance

• *Chez la femme enceinte :*
– **amoxicilline PO :** 1 g 3 fois/j pendant 5 jours ;

ou
– **fosfomycine-trométamol :** 1 sachet de 3 g à jeun en une prise unique.

• *Chez l'homme avant le geste à risque :* privilégier la molécule la moins à risque d'induire des résistances et éviter si possible les quinolones. L'objectif est de faire baisser l'inoculum bactérien par une durée du traitement très courte pour encadrer le geste (début la veille, arrêt le lendemain). **Amoxicilline PO :** 1 g 3 fois/jour pendant 3 jours (si germe sensible).

Mesures hygiénodiététiques

Assurer une hydratation suffisamment abondante (diurèse quotidienne recommandée de 1 500 mL).

SURVEILLANCE

• *Chez la femme enceinte*, un dépistage mensuel d'une nouvelle bactériurie asymptomatique est recommandé jusqu'à l'accouchement.

• *Après un geste chirurgical*, un contrôle des urines est inutile en l'absence de symptômes après la procédure.

B

Bronchopneumopathie chronique obstructive

RAPPELS

Inflammation chronique des voies aériennes et des poumons en réponse à des particules ou gaz toxiques à l'origine d'une limitation persistante des débits dans les voies aériennes. Évolution par poussées d'exacerbations d'origine infectieuse ou toxique.

Diagnostic Clinique retardé car certains patients sont asymptomatiques ou paucisymptomatiques. Ils présentent une symptomatologie de bronchite chronique mais la dyspnée est un symptôme tardif. D'où l'intérêt d'un dépistage systématique chez les patients tabagiques de plus de 45 ans. Le diagnostic est confirmé par la réalisation d'une spirométrie qui identifie un trouble ventilatoire obstructif défini par un rapport VEMS/CVF < 70 % après bronchodilatateurs.

Objectifs thérapeutiques Réduire les symptômes, la fréquence et la sévérité des exacerbations ; améliorer la qualité de vie et la tolérance à l'exercice ; réduire la vitesse du déclin de la fonction respiratoire ; réduire la mortalité.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Déterminer la sévérité de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)* par une spirométrie (classification GOLD) (Tableau 1)

Tableau 1 – Classification GOLD.

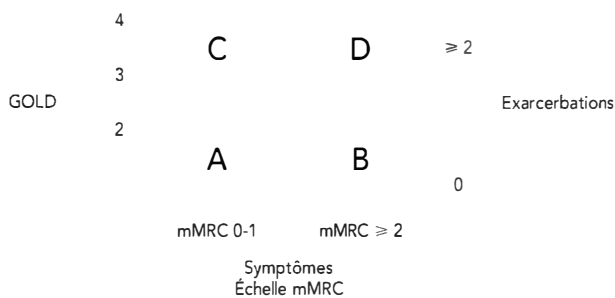
		VEMS post-bronchodilatateurs
GOLD 1	Légère	VEMS ⩾ 80 % valeur prédite
GOLD 2	Modérée	50 % ⩽ VEMS < 80 % valeur prédite
GOLD 3	Sévère	30 % ⩽ VEMS < 50 % valeur prédite
GOLD 4	Très sévère	VEMS < 30 % valeur prédite ou < 50 % avec insuffisance respiratoire ou cardiaque droite

- *Évaluer la dyspnée* avec l'échelle mMRC :

– grade 1 : patient avec dyspnée lors d'un exercice intense ;
– grade 2 : dyspnée lors d'une marche rapide sur terrain plat ou en montant une pente légère ;
– grade 3 : marche plus lentement que les personnes de son âge sur terrain plat, ou doit s'arrêter pour respirer lorsqu'il marche à son propre rythme sur terrain plat ;
– grade 4 : doit s'arrêter pour respirer après une marche d'environ 90 mètres ;
– grade 5 : trop essoufflé(e) pour quitter la maison, ou dyspnée lors de l'habillement.

- *Noter le nombre d'exacerbations annuelles.*
- *Évaluation combinée de la BPCO* (Figure 1).

Figure 1 – Évaluation combinée de la BPCO : échelle mMRC.



PRESCRIPTIONS

Tableau 2 – **Indications thérapeutiques selon l'évaluation combinée de la BPCO.**

	Traitement premier choix	Alternative
A	Anticholinergique courte durée d'action (CA) *ou* β2-mimétique CA	β2-mimétique de longue durée d'action (LA) *ou* Anticholinergique LA *ou* β2-mimétique et anticholinergique CA
B	β2-mimétique LA *ou* Anticholinergique LA	β2- mimétique LA et anticholinergique LA
C	Corticothérapie inhalée et β2-mimétique LA *ou* Corticothérapie inhalée et anticholinergique LA	β2-mimétique LA et anticholinergique LA *ou* Anticholinergique LA et inhibiteur phosphodiesterase-4 (PDE-4) *ou* β2-mimétique LA et PDE-4
D	Corticothérapie inhalée et β2-mimétique LA *ou/et* Anticholinergique LA	Corticothérapie inhalée et β2-mimétique LA et anticholinergique LA *ou* Corticothérapie inhalée et β2-mimétique LA et PDE-4 *ou* β2-mimétique LA et anticholinergique LA *ou* Anticholinergique LA et PDE-4

Ordonnance de bronchodilatateurs de courte durée d'action

- *β2 mimétique courte durée d'action :*
– **terbutaline 500 µg :** 1 à 2 bouffées 3 fois/j si symptômes ;
– **salbutamol 100 µg :** 1 à 2 bouffées 3 fois/j si symptômes.
- *Anticholinergique courte durée d'action :* **ipratropium 20 mg,** 1 à 2 bouffées 3 fois/j si symptômes.
- *Anticholinergique et β2 mimétique courte durée d'action :* **ipratropium 20 µg + fénotérol 50 µg,** 2 bouffées par prise, maximum 3 fois/j si symptômes.

Ordonnance de bronchodilatateurs de longue durée d'action

- *β2 mimétique longue durée d'action :*
– **salmétérol 50 µg :** 1 inhalation matin et soir ;
– **indacatérol 150 µg :** 1 gél. à inhaler par jour ;
– **fomotérol 12 µg :** 1 gél. à inhaler par jour ;
– **olodatérol 2,5 µg :** 2 inhalations le matin.
- *Anticholinergique longue durée d'action :*
– **tiotropium 18 µg :** 1 gél. à inhaler par jour, ou **tiotropium 2,5 µg respimat :** 2 inhalations le matin ;
– **glycopyrronium 44 µg :** 1 gél. à inhaler le matin ;
– **uméclidinium 55 µg :** 1 inhalation le matin.
- *Anticholinergique et β2 mimétique longue durée d'action :*
– **indacatérol 85 µg/glycopyrronium 43 µg :** 1 gél. à inhaler le matin ;
– **vilantérol 22 µg/uméclidinium 55 µg :** 1 inhalation le matin ;
– **olodatérol 2,5 µg/tiotropium 2,5 µg respimat :** 2 inhalations le matin.

Ordonnance de bronchodilatateurs de longue durée d'action (suite)

Ordonnance de bronchodilatateurs de longue durée d'action et corticoïdes inhalés (indiqué chez les patients ayant un VEMS post-bronchodilatateur < 50% normale, exacerbations > 1 par an, dyspnée persistante malgré bronchodilatateurs LA)

- **Salmétérol + fluticasone :** 1 inhalation matin et soir.
- **Formotérol + budésonide :** 1 inhalation matin et soir.
- **Formotérol + béclométhasone spray ou nexthaler :** 1 inhalation matin et soir.

Règles hygiénodiététiques

- Le sevrage tabagique est essentiel.
- Activité physique régulière avec réhabilitation respiratoire.
- Vaccination antigrippale annuelle. Vaccination antipneumococcique systématique chez les plus de 65 ans et si le VEMS < 40 % chez les moins de 65 ans.
- Prise en charge nutritionnelle.

Situations particulières

Le déficit en alpha1-antitrypsine (anomalie génétique rare à l'origine de BPCO) peut bénéficier d'un traitement spécifique par alpha1-antitrypsine.

SURVEILLANCE

Paramètres

- Poursuite (ou non) du tabagisme.
- Évaluation des symptômes.
- Conditions de suivi du traitement : observance, technique d'utilisation des aérosols-doseurs ; tolérance du traitement.
- Exacerbations : fréquence, causes, sévérité, nécessité d'une hospitalisation.
- Présence, évolution et traitement des comorbidités.
- Mesure de la fonction respiratoire et des gaz du sang.

Rythme

- Une fois par an à une fois par trimestre en fonction de la sévérité de la BPCO et de la fréquence des exacerbations.
- Une **spirométrie** par an dès le stade 2.
- **Gaz du sang** chaque semestre si insuffisance respiratoire.
- **Oxymétrie de pouls** à chaque consultation.

NOTES PERSONNELLES

B

Bronchite aiguë

RAPPELS

Réaction inflammatoire de la muqueuse bronchique vis-à-vis d'un agresseur inhalé d'origine infectieuse, le plus souvent viral. L'apparition d'expectorations purulentes ne signe pas une surinfection bactérienne. Chez le sujet sans facteur de risque, l'évolution est spontanément favorable en 5 à 15 jours.

Diagnostic Uniquement clinique devant une toux parfois sifflante, sèche à la phase initiale, puis productive, éventuellement associée à des douleurs rétrosternales à type de brûlures ou à un fébricule. Elle peut être précédée d'une infection des voies aériennes hautes (rhino-pharyngite, otite, sinusite, etc.). L'auscultation pulmonaire est le plus souvent normale mais des sibilants sont possibles. Aucun examen paraclinique n'est nécessaire pour le diagnostic.

Objectif thérapeutique Réduction des symptômes.

➠ *Une antibiothérapie n'est pas recommandée en cas de bronchite aiguë de l'adulte sain : elle n'accélère pas la guérison et ne prévient pas les complications. Elle accroît le risque de résistances ultérieures.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

Recherche de terrains à risque : pathologie respiratoire chronique ou comorbidité associée (insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, pathologie néoplasique, immunodépression, cirrhose hépatique) et sujets âgés en état physiologique altéré.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• Antipyrétiques : **paracétamol 1 g** matin, midi et soir si fièvre ou douleurs (ne pas dépasser 4 g/j).

• Les sirops antitussifs et fluidifiants bronchiques ne sont pas nécessaires.

Règles hygiénodiététiques

Arrêt du tabac.

Situations particulières

Exacerbation de BPCO (définie comme une majoration des symptômes respiratoires, débutant de façon aiguë, durant plus de 48 heures ou justifiant une modification thérapeutique) : origine non infectieuse 1 fois sur 2 ; en cas d'origine infectieuse, origine virale 1 fois sur 2.

• En cas d'exacerbation de BPCO stade 1 à 2 (VEMS ≥ 50 %), l'antibiothérapie n'est pas recommandée en 1re intention. Traitement bronchodilatateur.

• En cas d'exacerbation de BPCO stade GOLD 3 (30 % < VEMS < 50 %), *cf.* « Bronchopneumopathie chronique obstructive »), l'antibiothérapie est recommandée en cas de franche purulence verdâtre des crachats

– **amoxicilline 1 g :** 1 g matin, midi et soir pendant 7 à 10 jours,
ou
– **pristinamycine 500 mg :** 1 g matin, midi et soir pendant 4 jours,
ou
– **clarithromycine 500 mg :** 1 cp matin et soir pendant 7 à 10 jours.

• En cas d'exacerbation de BPCO stade GOLD 4 (VEMS < 30 %) ou facteurs de risques associés (exacerbations fréquentes [≥ 4 par an],

Situations particulières (suite)

corticothérapie systémique au long cours, comorbidités, antécédents de pneumonie), antibiothérapie systématique
– **amoxicilline-acide clavulanique 1 g/125 mg :** 1 sachet matin, midi et soir pendant 7 à 10 jours,
ou
– **ceftriaxone 1 g :** 1 g/j par voie IV lente pendant 5 jours.

SURVEILLANCE

• *En cas de fièvre > 38,5 °C* persistante au-delà de 3 jours, le diagnostic doit être reconsidéré.

• *En cas de persistance de la toux > 21 jours ou de récidive fébrile,* des investigations complémentaires sont nécessaires. Une toux de plus de 3 semaines doit faire évoquer une coqueluche.

NOTES PERSONNELLES

B

Brûlure cutanée

RAPPELS

Agression thermique ou chimique de la peau d'origine domestique dans la majorité des cas (60 %), par projection (liquide chaud) ou contact direct (plaque chauffante).

Diagnostic Clinique, avec deux composantes :
- apprécier la profondeur de la brûlure (Tableau 1) ;
- apprécier la surface atteinte : 1 % = une paume de main (Figure 1).

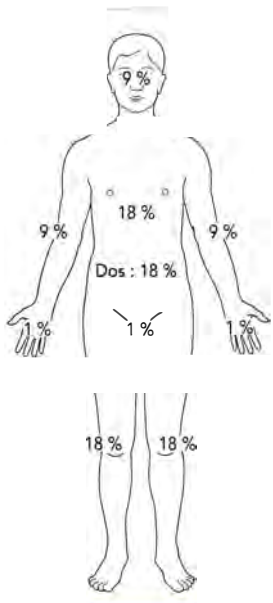
Tableau 1 – Degré d'appréciation d'une brûlure.

Degré	Structures atteintes	Présentation clinique	Délai de cicatrisation spontanée/ Séquelles
1er degré	Couches superficielles de l'épiderme, conservation couche basale	Érythème douloureux	3-5 jours/Aucune
2e degré superficiel	Épiderme et derme papillaire	Phlyctène puis érosion rose/rouge suintante douloureuse	< 14 jours/ Dyschromie
2e degré profond	Épiderme, derme réticulaire, conservation des annexes	Phlyctène à fond rouge-brun, érosion blanchâtre atone et hypo-esthésique, décollement des annexes cutanées	3-6 semaines/ Cicatrices hypertrophiques

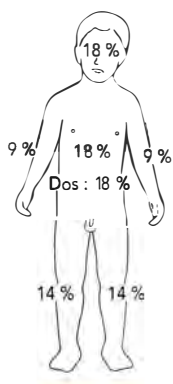
Degré	Structures atteintes	Présentation clinique	Délai de cicatrisation spontanée/ Séquelles
3e degré	Épiderme et derme, nécrose de coagulation du réseau vasculaire, disparition des annexes	Aspect noir ou blanc cartonné, absence de douleur, anesthésie	Aucune cicatrisation spontanée

Attention : risque d'aggravation secondaire de la brûlure à partir du 2e degré superficiel.

Figure 1 – Surface atteinte selon l'égalité 1 % = paume de la main.



Bras	9 %
Tête et cou	18 %
Jambe	14 %
Tronc antérieur	18 %
Tronc postérieur	18 %



Objectif thérapeutique Soulager la douleur et favoriser la cicatrisation.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *En urgence, refroidir la zone brûlée* à l'eau froide de façon prolongée (> 10 min)

• *Dépister les brûlures graves et les adresser en urgence dans un centre spécialisé*
– surface atteinte > 5 % chez l'enfant, 10 % chez l'adulte ;
– brûlures 2e degré profond et 3e degré ;
– brûlures de la face, du cou, des mains, des zones périorificielles ;
– brûlures chimiques ;
– terrains fragiles : enfant, sujet âgé, femme enceinte, comorbidités sévères.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance en cas de brûlures du 1er degré

- **Trolamine :** 1 application sur les zones atteintes plusieurs fois par jour jusqu'à cicatrisation (3 tubes).
- **Paracétamol :** 1 g 3 fois/j en systématique pendant 7 jours (dose maximale : 4 g/j).

ou

- **Tramadol 37,5 mg** + **paracétamol 325 mg** : 1 à 2 cp toutes les 4 à 6 h.

Ordonnance en cas de brûlures du 2e degré

- Faire réaliser par un infirmier diplômé d'État des soins locaux quotidiens, week-ends et jours fériés compris, jusqu'à cicatrisation :
  – lavage de la brûlure à l'eau et au savon ;
  – appliquer un pansement d'interface, 1 plaque/j (dimension à adapter à la taille de la brûlure) ;
  – recouvrir d'une couche épaisse de **sulfadiazine argentique** : 1 tube/j ou /48 h (selon l'étendue des lésions) ;
  – appliquer des compresses 10 × 10 stériles tissées : 1 boîte/semaine ;
  – bandages.
- Traitement antalgique : *idem* ci-dessus.

Règles hygiénodiététiques

Assurer une hydratation abondante.

Précautions d'emploi

- Ne pas prescrire de Trolamine pour les brûlures de type 2 du fait d'un risque important de surinfection.

SURVEILLANCE

- Adaptation du traitement antalgique pour obtenir une disparition de la douleur.
- Évaluation du pansement toutes les 48 heures pour identifier une surinfection.

NOTES PERSONNELLES

C

Candidose digestive

RAPPELS

Mycose à *Candida albicans* du tube digestif, la bouche et l'anus étant les localisations principales chez le sujet immunocompétent. Au cours de l'infection à VIH, des formes sévères peuvent se développer.

Diagnostic L'atteinte oropharyngée est évoquée devant un muguet (enduit blanchâtre précédé d'un érythème diffus) et/ou des perlèches (fissures de la commissure labiale); l'atteinte anale devant un prurit et un érythème suintant; l'atteinte œsophagienne devant une dysphagie, une odynophagie, ou une douleur rétrosternale faisant découvrir un enduit blanchâtre en endoscopie.

Le diagnostic est clinique et il n'est pas utile de réaliser de prélèvements en dehors des formes récidivantes ou associées à une candidose systémique.

La recherche d'un facteur favorisant est indispensable : corticothérapie, antibiothérapie large spectre, diabète, immunodépression (VIH).

Objectif thérapeutique Régression des signes cliniques et guérison des lésions muqueuses.

➠ *Dans les atteintes oropharyngées et anales, un traitement local est suffisant chez les patients immunocompétents.*

➠ *Les formes œsophagiennes nécessitent un traitement systémique.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• Lors d'un traitement oral, *éviter l'administration concomitante de pansements et topiques digestifs* (ou espacement de deux heures).

• En cas d'administration systémique de fluconazole :
– *recherche de contre-indications* : halofantrine, cisapride, pimozide (risque de torsades de pointe) ; grossesse ou allaitement ;
– *recherche de terrains à risque* qu'il faudra traiter ou contrôler : insuffisance rénale, insuffisance hépatique, hypokaliémie, hypomagnésémie ;
– *recherche d'associations déconseillées ou à prendre en compte* : AVK (augmentation de l'INR), ciclosporine, névirapine, phénytoïne, sulfamides hypoglycémiants, rifabutine, tacrolimus (augmentation des taux circulants et risques de surdosage).

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance en cas de candidose oropharyngées chez les patients séronégatifs pour le VIH

Amphotéricine B 10 % suspension buvable : 2 cuillères à café matin, midi et soir, de préférence en dehors des repas (effectuer un bain de bouche pendant 1 à 2 minutes puis avaler), pendant 3 semaines (**amphotéricine suspension buvable enfant/nourrisson :** 50 mg/kg/j).

Ordonnance en cas de candidose œsophagienne

Fluconazole 200 mg : 1 gél. matin et soir le premier jour (soit 400 mg) puis 1 gél. matin pendant 3 semaines.

Règles hygiénodiététiques

- Hygiène buccodentaire, soins dentaires.
- Si possible, arrêt de la corticothérapie et de l'antibiothérapie large spectre.

Situations particulières

- **En cas d'infection par le VIH**, une candidose oropharyngée correspond généralement à un taux de CD4 < 400/mm^3. Un traitement systémique est indiqué (*cf.* candidose œsophagienne).
- **En cas de grossesse**, le fluconazole est contre-indiqué. Il peut être remplacé par **amphotéricine B 10 % suspension buvable :** 2 cuillères à café matin, midi et soir, de préférence en dehors des repas (effectuer un bain de bouche pendant 1 à 2 minutes puis avaler), pendant 3 semaines.

Situations particulières (suite)

- **En cas d'insuffisance rénale** *(ClCr < 50 mL/min)*, réduire la posologie de fluconazole de moitié, en particulier chez les patients âgés.
- **Si traitement proarythmogène, hypokaliémie ou hypomagnésémie :** risque d'allongement du QT sous fluconazole → surveillance de l'ECG.

SURVEILLANCE

- De l'efficacité du traitement : disparition des manifestations cliniques (pas de contrôle endoscopique systématique en absence de signes cliniques persistants).
- De la biologie hépatique si hépatopathie connue et traitement par fluconazole.
- Prise en charge des facteurs favorisants : antibiothérapie large spectre, corticothérapie locale ou systémique, diabète, prothèses dentaires, VIH.

NOTES PERSONNELLES

C

Canicule et « coup de chaleur »

RAPPELS

Une canicule correspond à une vague de très fortes chaleurs le jour (> 32 °C) et la nuit (> 20 °C) pendant au moins trois jours consécutifs. L'absence de fraîcheur suffisante pour permettre à l'organisme de récupérer est susceptible d'entraîner de graves complications.

Le « coup de chaleur » constitue une urgence médicale qu'il faut évoquer dans certaines circonstances, en particulier chez les sujets à risque. Cette situation rare mais potentiellement grave nécessite une prise en charge la plus précoce possible. Il faut souligner l'importance des mesures préventives pour éviter ce débordement des capacités de régulation thermique de l'organisme.

Diagnostic clinique À évoquer chez un sujet présentant initialement une altération de l'état général (épuisement, céphalées, douleurs diffuses, lipothymies, vomissements, crampes musculaires, peau brûlante) et une fièvre élevée (température rectale). Une fièvre > 40 °C et des troubles des fonctions supérieures (confusion, délire voire convulsions) constituent un signe de gravité. C'est le contexte environnemental qui permet d'effectuer le diagnostic :

– soit exposition prolongée à une température ambiante élevée, en particulier période caniculaire chez des sujets à risques médicaux (jeunes enfants, femmes enceintes, grand âge, perte d'autonomie, comorbidités, alcoolodépendance, obésité, refus de boire, médicaments favorisants, *etc.*) et/ou sociaux (logement sous les toits, pièce non ventilée, personne isolée, *etc.*);

– soit effort physique intense et prolongé dans une ambiance chaude, y compris chez un sujet jeune en bonne santé (militaires, compétition sportive, travaux de force).

L'absence d'argument en faveur d'une origine infectieuse renforce la suspicion diagnostique.

L'évolution peut être grave, vers une défaillance multiviscérale et un décès.

Objectif thérapeutique

- Assurer le refroidissement du malade.
- Réaliser une réhydratation.
- Éviter les défaillances viscérales.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Rechercher des signes de gravité ou des facteurs de risque* qui imposent une hospitalisation d'urgence par transport médicalisé : hyperthermie > 40 °C, troubles neurologiques, état de choc (hypotension < 90 mmHg + tachycardie > 100/min), polypnée, cyanose, comorbidité cardiovasculaire ou respiratoire, grand âge, enfant < 4 ans, femme enceinte, présence de médicaments favorisants ; cf. ci-après).

• *Rechercher des signes évocateurs d'une méningite bactérienne* évoluant vers un choc septique et une défaillance viscérale. Diagnostic différentiel important ++.

• *Rechercher la prise de médicaments qui réduisent la thermorégulation et/ou favorisent la déshydratation et/ou la survenue d'un choc :* neuroleptiques, anticholinergiques, diurétiques, antihypertenseurs.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

• *Les premières mesures sont réalisées immédiatement :*
– déshabiller le patient, à l'ombre et au calme ;
– assurer la liberté des voies aériennes supérieures si troubles de conscience ;
– réhydratation hydroélectrolytique.

• *Si le sujet peut boire :* une **solution de réhydratation orale** est proposée en petites quantités répétées (1 à 2 verres toutes les 5 minutes par exemple).

• *Si le sujet est nauséeux :* mise en place d'une voie veineuse périphérique (cathéter court de 18 G) et administration de 1 litre de **sérum salé isotonique** à passer en une heure avec **surveillance régulière** (fréquence cardiaque, tension artérielle, diurèse, vigilance) en attendant un transfert hospitalier.

• *La base du traitement repose sur le refroidissement.* L'objectif à atteindre est de ramener la température corporelle en dessous de 39 °C dans les meilleurs délais :
– draps humides et ventilateurs si disponibles ;
– sacs de glace enveloppés disposés sur les grands axes vasculaires ;
– immersion dans l'eau à 20 °C si possible en surveillant l'évolution thermique (arrêt du refroidissement si température < 38 °C) ;
– il n'y a pas d'indication de médicaments antipyrétiques.

SURVEILLANCE

• *Si le sujet ne récupère pas rapidement* (état de conscience normal, poursuite de la réhydratation, correction de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque, fréquence respiratoire physiologique – 12-20 cycles/min), une surveillance hospitalière est nécessaire.

• *Les jeunes enfants < 4 ans sont particulièrement sensibles à la chaleur,* d'où la nécessité de mesures préventives dans les périodes

chaudes et d'un recours hospitalier systématique si fièvre > 38,5 °C et perte de poids > 5%.

MESURES PRÉVENTIVES

Essentielles, elles reposent sur des pratiques simples qui doivent être recommandées et contrôlées.

• *Auprès des jeunes enfants :*
– ne pas laisser un enfant dans un local surchauffé et surtout seul, même pour peu de temps (voiture) ;
– pas d'activités physiques extérieures aux heures chaudes (foot, vélo, course, etc.) ;
– donner à boire fréquemment ;
– porter des vêtements légers et mouiller le corps (douche, bain sans séchage).

• *Auprès des adultes à risque (qui doivent être recensés par les communes et les associations) lorsqu'une vague de chaleur est annoncée ou s'installe (alerte préfectorale « chaleur » puis « canicule ») :*
– fermer les volets durant la journée ;
– accéder à une pièce climatisée si possible ;
– éviter les efforts physiques, porter des vêtements légers ;
– mouiller son corps et se ventiler ;
– boire régulièrement eau/jus de fruits/eaux riches en sel, ne pas boire d'alcool ;
– manger en quantités suffisantes ;
– rester en contact avec des proches ;
– envisager avec l'accord du médecin la réduction ou la suspension provisoire de certains médicaments : diurétiques, antihypertenseurs, psychotropes, etc.

• *Auprès des sportifs :*
– ne pas reprendre une activité physique ou sportive en période de forte chaleur ;
– pas de compétition en période caniculaire ;

– en cas de forte rougeur, de sensation de chaleur intense, de céphalées, de troubles de la vue, de sensations anormales : arrêter l'exercice, boire et rester à l'ombre dans un endroit aéré ;
– boire avant, pendant et après l'exercice ;
– la tête et la nuque doivent être protégées du soleil et aspergées d'eau régulièrement.

• *Dans le cadre professionnel :* la protection des travailleurs exposés à des conditions climatiques particulières prévoit que tout employeur doit prendre en considération les « ambiances thermiques », dont le risque de « fortes chaleurs », dans sa démarche d'évaluation des risques et de la mise en œuvre de mesures correctives.

NOTES PERSONNELLES

C

Céphalées de tension

RAPPELS

Céphalées chroniques, de type épisodique (< 15 j/mois) ou permanent (> 15 j/mois), non pulsatiles mais plutôt « en casque », elles prédominent au vertex ou dans la région cervico-occipitale avec une recrudescence vespérale. Aggravées par la tension psychologique ou la fatigue, elles peuvent disparaître en période de détente. Alors que la gêne est décrite comme intense, voire insupportable, le retentissement sur la vie quotidienne reste généralement limité.

Diagnostic

- Clinique sur des critères qui l'opposent à la migraine : caractère chronique et bilatéral des douleurs, à type de striction, sans aura ni troubles digestifs ni photophobie, sans aggravation par l'activité mais par le surmenage et l'anxiété.
- L'examen physique est normal hormis une possible hypersensibilité musculaire à la palpation du scalp et du cou.
- Le diagnostic ne nécessite pas d'examen complémentaire mais la recherche d'éventuels facteurs favorisants : dépression, état névrotique, abus d'antalgiques. Par contre, une imagerie cérébrale est recommandée en cas de céphalées brutales d'installation rapide (< 1 min), de crises apparues après 50 ans ou d'anomalies à l'examen clinique.

Objectif thérapeutique Il est double :
– traiter la crise pour soulager le malade. Deux familles médicamenteuses sont utilisées : le paracétamol et les AINS. Les analgésiques opioïdes sont à éviter (en raison du risque de dépendance) de même que la caféine, les myorelaxants et les triptans ;
– prévenir les récidives par la mise en place d'un traitement de fond. La nécessité de ce dernier dépend de la fréquence des céphalées mais surtout de leur retentissement individuel. Les antidépresseurs tricycliques sont utilisés. Ce traitement de fond doit permettre de limiter l'abus d'antalgiques en automédication.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Recherche de contre-indications :*
– paracétamol : hépatopathie évolutive et/ou insuffisance hépatocellulaire ;
– AINS : allergie aux AINS, ulcère digestif évolutif, insuffisance hépatique ou rénale sévère, grossesse ;
– tricycliques : glaucome par fermeture de l'angle, obstacle urétroprostatique, infarctus du myocarde récent, association aux IMAO et à l'oxitriptan.

• *Recherche de terrains à risque :*
– paracétamol : alcoolisme, insuffisance rénale sévère ;
– AINS : antécédent d'ulcère digestif, de pathologie cardiovasculaire thrombotique, insuffisance rénale, insuffisance cardiaque ;
– tricycliques : ATCD d'épilepsie, de pathologie cardiovasculaire, d'insuffisance rénale ou hépatique, conducteurs de véhicules.

• *Recherche d'associations déconseillées :*
– AINS : lithium, méthotrexate ;
– tricycliques : antidépresseurs sérotoninergiques purs, antihypertenseurs centraux.

• *Recherche d'associations à prendre en compte :*
– AINS : antihypertenseurs, corticoïdes, diurétiques, interféron α, ISRS ;
– tricycliques : atropiniques, anticonvulsivants, baclofène.

PRESCRIPTIONS

Ordonnance de traitement de la crise

• **Paracétamol 1 000 mg :** 1 cp à renouveler si nécessaire. Ne pas dépasser 4 g/j.

ou

• **Ibuprofène 200 :** 2 cp à prendre le plus précocement possible dès le début des douleurs. 1 cp à renouveler si nécessaire.

Ordonnance de traitement de fond

Amitriptyline 4 % gouttes (1 mg/goutte) : débuter par 10 gouttes le soir ½ heure avant le coucher puis, si effet insuffisant, augmenter de 5 gouttes/semaine jusqu'à la posologie efficace (10 à 100 mg/j) ou l'apparition d'effets secondaires.

NB : prudence chez les conducteurs et utilisateurs d'engins (somnolence).

Ordonnance de thérapeutiques non médicamenteuses complémentaires à envisager

• Encourager une activité physique régulière (piscine, marche).

• Techniques de relaxation.

• Thérapies cognitivocomportementales.

• Physiothérapie, en particulier en cas de contractures musculaires importantes.

• Acupuncture.

SURVEILLANCE

- De la tolérance des tricycliques : somnolence, constipation, sécheresse buccale, hypotension orthostatique.
- De la réduction des crises par la tenue d'un agenda qui notera les éventuels facteurs déclenchants.
- Rechercher une surconsommation médicamenteuse : prise régulière au moins 10 j/mois d'antalgiques contenant de la caféine, de la codéine, de la poudre d'opium ou du tramadol, ou prise au moins 15 j/mois de paracétamol, d'aspirine ou d'AINS.

NOTES PERSONNELLES

C

Chondrocalcinose articulaire

RAPPELS

Liée à des dépôts de cristaux de pyrophosphates de calcium au sein des articulations, la chondrocalcinose est la plus fréquente des arthropathies microcristallines. Habituellement asymptomatiques, ces cristaux peuvent entraîner des accès aigus d'arthrites inflammatoires.

Diagnostic Devant une arthrite inflammatoire souvent cliniquement intense : douleur importante, rougeur, chaleur et épanchement intra-articulaire, fièvre possible ± syndrome inflammatoire biologique. La radiographie de l'articulation ou d'autres sites articulaires (poignet, pubis, etc.) montre des calcifications intra-articulaires. Le liquide synovial est inflammatoire, aseptique et contient des cristaux de pyrophosphates de calcium.

Objectif thérapeutique Réduire l'inflammation et la douleur articulaires.

➠ *Le traitement de référence fait appel aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) par voie orale avec une réponse en général rapide et spectaculaire.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Recherche d'une pathologie sous-jacente* : hyperparathyroïdie, hémochromatose.

- *Recherche d'un facteur déclenchant* : médicamenteux, insuffisance rénale aiguë, affection intercurrente, intervention chirurgicale, hypocalcémie.
- *Recherche de contre-indications aux AINS* : ulcère digestif en évolution, insuffisance rénale ou hépatique sévère, grossesse.
- *Recherche des associations contre-indiquées ou déconseillées avec les AINS* : anticoagulants, lithium, méthotrexate à forte dose, ticlopidine, aspirine à forte dose. Avec la colchicine : inhibiteurs enzymatiques, en particulier macrolides et pristinamycine.
- *Recherche d'un terrain à risque pour les AINS* : antécédent d'ulcère digestif, antécédent thrombotique cardiovasculaire, hypertension artérielle, insuffisance cardiaque ou rénale.
- *Recherche d'un terrain à risque pour la colchicine* : sujets âgés, insuffisance rénale, anomalies de l'hémogramme, AVK (potentialisation), statines (risque musculaire)

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

- **Kétoprofène 100 mg :** 1 cp matin et soir au milieu du repas pendant 5 jours.
- **Glace à apposer sur l'articulation** pendant 10 minutes, 2 fois/j pendant 3 jours.

Situations particulières

- **En cas de contre-indications aux AINS**, il est possible de faire une injection intra-articulaire de corticoïdes ou de proposer une cure courte de corticoïdes *per os* : **prednisone** 20 mg/j en une prise matinale durant 3 à 5 jours.
- **En cas de crises aiguës chondrocalcinosiques fréquentes**, l'administration de **colchicine 1 mg**, 1 cp/j au long cours, semble diminuer la fréquence des épisodes aigus.

SURVEILLANCE

- De l'efficacité du traitement : amélioration de la douleur, régression des signes cliniques inflammatoires et de la crise aiguë.
- Recherche des effets indésirables liés aux AINS : troubles digestifs, hypertension, insuffisance rénale, cytolyse hépatique, anémie ferriprive.

C

Coliques hépatiques

RAPPELS

Douleur aiguë liée à la mise en tension brutale des voies biliaires. L'origine la plus fréquente est le blocage transitoire d'une lithiase dans la vésicule biliaire, le canal cystique, les canaux hépatiques ou le cholédoque. Plus rarement, une tumeur, un parasite, un spasme du sphincter d'Oddi voire une hémolyse massive peuvent être en cause. Trois complications peuvent survenir : une cholécystite, une angiocholite ou une pancréatite aiguë.

Diagnostic

• Clinique devant une douleur brutale, intense et continue, souvent post-prandiale, de siège épigastrique ou dans l'hypocondre droit, irradiant vers l'omoplate droite ou le dos en « hémi-ceinture ». Durant de quelques minutes à quelques heures, elle est accrue par la pression de l'hypocondre droit, déclenchant une douleur ascendante qui inhibe immédiatement l'inspiration (signe de Murphy). Une cholécystite entraîne de la fièvre, une angiocholite fièvre + ictère, et une pancréatite des douleurs pancréatiques irradiant dans le dos et/ou l'hypocondre gauche.

• L'échographie abdominale est le meilleur examen pour visualiser une lithiase vésiculaire. La cholangio-IRM et l'échoendoscopie biliaire (plus performante mais plus invasive) sont les meilleurs examens pour visualiser les lithiases de la voie biliaire principale.

• Biologie :

– en cas de lithiase vésiculaire : bilans hépatique et pancréatique normaux (ASAT, ALAT, γGT, bilirubine, PAL, lipase) ;

– en cas de migration lithiasique dans la voie biliaire principale : cytolyse et/ou cholestase ;
– en cas de pancréatite : hyperlipasémie.

Objectif thérapeutique

• *En cas de colique hépatique non compliquée :* soulager la douleur et préparer le patient pour la cholécystectomie.

• *En cas de complications :* le traitement du sepsis et la libération des voies biliaires peuvent être nécessaires en urgence.

• Par contre, une *lithiase vésiculaire asymptomatique*, de découverte fortuite, ne nécessite aucun traitement.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Recherche de signes d'une colique hépatique compliquée* nécessitant un traitement spécifique (*cf.* paragraphe précédent).

• *Recherche de terrains à risque* qu'il faudra traiter ou contrôler → recherche et interruption de médicaments pouvant favoriser la formation de lithiases vésiculaires :
– par saturation de la bile en cholestérol : clofibrate, contraceptifs oraux, ciclosporine, furosémide ;
– par stase vésiculaire : octréotide, progestérone, anticholinergiques, morphiniques ;
– par précipitation en excès d'une substance : ceftriaxone, dipyridamole.

• *Précautions liées au paracétamol :*
– contre-indications : hépatopathie et insuffisance hépatocellulaire ;
– risque de surdosage : recherche des médicaments déjà pris et information sur la posologie maximale.

• *Précautions liées aux opiacés :*
– contre-indications : insuffisance respiratoire ou hépatique sévère, épilepsie sévère, *delirium tremens*, alcool ou autres dépresseurs du SNC, IMAO, grossesse, allaitement ;
– risque de surdosage à surveiller.

PRESCRIPTIONS

Ordonnance en cas de douleurs modérées

- **Phloroglucinol 80 mg :** 2 cp 3 fois/j.
- **Paracétamol 1 g :** 1 cp 3 fois/j (ne pas dépasser 4 g/jour).

Ordonnance en cas de douleurs plus intenses

Ordonnance précédente en association avec **tramadol 50 mg,** 100 mg (2 comprimés) suivie de 50 ou 100 mg (1 ou 2 cp) toutes les 4 à 6 heures sans dépasser 400 mg/24 h (8 cp).

Ordonnance en cas de douleurs aiguës insupportables

Une titration morphinique par voie IV peut être instituée en milieu hospitalier sous surveillance étroite, bien qu'elle puisse favoriser un spasme du sphincter d'Oddi :

- **Morphine injectable 10 mg :**

– amener l'ampoule de 1 mL à un volume de 10 mL en diluant avec de l'eau ppi pour obtenir 1 mL = 1 mg;
– injecter la dose initiale (0,1 mg/kg) en 1 à 5 minutes puis réinjecter 1 mg par 1 mg toutes les 6 à 10 minutes jusqu'à sédation de la douleur.

- Surveiller en permanence : conscience, pupilles, fréquences respiratoire et cardiaque, PA et effets secondaires (nausées, prurit, globe vésical)

Règles hygiénodiététiques

- Repos + glace sur le ventre.

- Mise au repos du tube digestif : diète stricte jusqu'à la fin de la crise douloureuse.
- Régime léger jusqu'à la cholécystectomie dont il faut expliquer la nécessité.
- Le patient doit être informé que la succession rapide de douleurs ± fièvre ± ictère, comme la survenue d'une fièvre inexpliquée, doivent faire consulter rapidement un médecin.

Situations particulières

En cas de signes de sepsis (cholécystite ou angiocholite), à côté du bilan étiologique et de la levée de l'obstacle en cas de lithiase, une antibiothérapie ciblant les germes biliaires doit être débutée après la réalisation d'hémocultures :

– **ceftriaxone :** 1 g/24 h par voie IV lente pendant 7 jours ;

+

– **métronidazole :** 500 mg 3 fois/j en perfusion de 30 minutes.

SURVEILLANCE

- De la disparition de la douleur.
- De l'apparition de signes de complications, dont le patient doit être informé.

NOTES PERSONNELLES

C

Coliques néphrétiques

RAPPELS

Douleur lomboabdominale aiguë par mise en tension de la voie excrétrice urinaire haute en amont d'un obstacle. Un calcul est le plus souvent en cause, d'oxalate de calcium (70 %), d'acide urique (20 %) ou phosphocalcique. Une récidive survient dans 50 % des cas. Pathologie très fréquente qui affecte 5 à 10 % des adultes.

Diagnostic Clinique devant une douleur brutale et intense, unilatérale, irradiant vers la fosse iliaque et les organes génitaux. S'associent fréquemment nausées, dysurie et agitation. La bandelette urinaire révèle une hématurie dans 70 à 95 % des cas. Si le tableau semble simple, aucun examen n'est indispensable en urgence ; le patient peut être traité en ambulatoire avec programmation dans un second temps de NFS, CRP, créatininémie, ECBU, échographie.

Si doute diagnostique (pyélonéphrite aiguë, tumeur ou infarctus rénal, fissuration d'anévrysme, colique biliaire, pancréatite, *etc.*), un uroscanner doit être réalisé en urgence.

Objectif thérapeutique Soulager la douleur et éviter les récidives.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Identifier les terrains à risque nécessitant une hospitalisation urgente* : grossesse (penser à la grossesse extra-utérine), insuffisance rénale, uropathie connue ou rein greffé, patient VIH sous indinavir).

• *Identifier les formes compliquées nécessitant une hospitalisation urgente :* fièvre, oligoanurie, tableau hyperalgique non contrôlé.

• *Rechercher les contre-indications aux AINS :* grossesse, insuffisance rénale, ulcère digestif en évolution, insuffisance hépatique sévère, asthme aux AINS.

• *Rechercher les contre-indications à la morphine :* insuffisance respiratoire, insuffisance hépatique sévère, traumatisme crânien récent, hypertension intracrânienne, épilepsie mal contrôlée, *delirium tremens*, autres dépresseurs du SNC, IMAO, grossesse, allaitement.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance en ambulatoire

• **Kétoprofène injectable 100 mg IM :** 1 injection IM, à renouveler après 12 heures si nécessaire.

Ordonnance à l'hôpital

• **Kétoprofène injectable 100 mg IV :** 1 fl. à dissoudre dans 100 mL de glucosé à 5 % à passer en 20 min, renouvelable 2 fois/j.

Mesures hygiénodiététiques

Boissons libres et alimentation normale.

Situations particulières

• En cas de vomissements, **métoclopramide injectable 10 mg :** 1 injection IV lente (> 3 min), renouvelable 3 fois/j.

• En cas de douleurs intenses et non calmées, titration morphinique par voie IV avec **morphine injectable 10 mg :**
– amener l'ampoule de 1 mL à un volume de 10 mL en diluant avec de l'eau ppi pour obtenir 1 mL = 1 mg ;
– injecter la dose initiale (2 mg) en 1 à 5 min puis réinjecter 2 mg en 2 mg toutes les 6 à 10 min jusqu'à sédation de la douleur ;
– associer un antiémétique, **dropéridol injectable 1,25 mg :** chaque 1 mg de morphine est couplé à 0,1 mg de dropéridol en IV lente (dose maximale journalière 5 mg) ;
– surveiller en permanence : conscience, pupilles, fréquences respiratoire et cardiaque, PA et les effets indésirables (nausées, prurit, globe vésical) ;
– oxygénothérapie à 3 L/min au masque ;

Situations particulières (suite)

– la poursuite de l'antalgie peut s'effectuer par des bolus de 2 mg IV de morphine autoadministrés ou par titration morphinique par voie orale.

SURVEILLANCE

• Consignes aux patients :
– tamiser les urines à travers un filtre à café et conserver les calculs expulsés ;
– mesurer la température tous les matins pendant 72 heures ;
– consulter en urgence si fièvre > 38 °C, frissons, vomissements, malaise, urines rouges, anurie pendant 24 h, réapparition de la douleur.

• **Un bilan de maladie lithiasique** doit être envisagé si coliques néphrétiques récidivantes, ATCD familiaux d'urolithiases, calculs bilatéraux, néphrocalcinose, maladie inflammatoire du tube digestif, calculs uriques, de phosphates ou de cystine.

NOTES PERSONNELLES

C

Conjonctivite aiguë

RAPPELS

Inflammation aiguë uni- ou bilatérale de la conjonctive de l'œil due à quatre causes principales : virale (adénovirus essentiellement mais un virus herpès peut être en cause), bactérienne (streptocoque ou staphylocoque), allergique (pollens, acariens) ou irritative.

Diagnostic Clinique devant un œil rouge, larmoyant, sans baisse de l'acuité visuelle. Généralement, la rougeur conjonctivale est diffuse et la douleur très modérée avec possible sensation de sable sous les paupières. Bien que le plus souvent bénigne, il faut rechercher :
– des critères de gravité : sécrétions purulentes importantes, œdème de la conjonctive (chémosis), œdème palpébral, larmoiement important, baisse de l'acuité visuelle (même modérée), photophobie ;
– des terrains à risque : immunodépression, diabète mal équilibré, pathologie locale sous-jacente (syndrome sec, dystrophie cornéenne, chirurgie récente, greffe de cornée, obstruction des voies lacrymales), lentilles de contact, corticothérapie locale, monophtamie, nouveau-né.

- *Une origine virale* est évoquée devant un caractère épidémique en communauté, un écoulement clair, une bilatéralisation rapide et la présence d'une adénopathie prétragienne.
- *Une origine bactérienne* entraîne une irritation, une sensation de corps étranger dans l'œil et les paupières sont collées le matin au réveil par des sécrétions purulentes.

• *Une origine allergique* est évoquée sur un terrain atopique, le caractère saisonnier (printemps) et bilatéral ainsi que l'association à une rhinite, à des démangeaisons +/– œdème palpébral.

• *Une origine irritative* peut être liée à de nombreuses substances (conservateurs présents dans les collyres, produits d'entretien des lentilles de contact, shampooing, chlore) ou à une sécheresse oculaire (involution sénile, médicaments, syndrome de Goujerot-Sjögren).

➠ *Une baisse de l'acuité visuelle ou une douleur importante doivent conduire à une consultation spécialisée rapide : recherche de sclérite, de kératite ou d'uvéite.*

Objectif thérapeutique Accélérer la guérison, éviter une complication (kératite) et prévenir la contagion.

➠ *Ces bénéfices doivent être mis en balance avec le risque de sélectionner des souches résistantes à certains antibiotiques. Aussi le recours à un antibiotique ne doit pas être systématique chez l'adulte en l'absence de critère de gravité ou de facteur de risque.*

➠ *Éviter l'association à un corticoïde, en particulier chez l'enfant.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

Recherche de contre-indication
– allergie à l'un des constituants ;
– aminosides en collyres : grossesse ;
– cétirizine *per os* : insuffisance rénale ou hépatique ;
– rifamycine en collyres, qui entraîne une coloration irréversible des lentilles cornéennes souples.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Le traitement dépend de la cause et du terrain. Un prélèvement de larmes n'est pas nécessaire en première intention (seulement si persistance de sécrétions importantes malgré un traitement bien conduit). Ne pas utiliser de collyre à base de corticoïdes.

Ordonnance en cas de conjonctivite bactérienne ou virale

- Lavages avec collyres antiseptiques :
- **acide borique + borate de sodium** : 4 fois/j ;
- **picloxydine collyre 0,05 %** : 4 fois/j pendant 10 jours.

- *Si terrain à risque d'immunodépression* (diabète, corticothérapie, *etc.*) *ou pathologie oculaire chronique*, remplacer la picloxydine par un collyre antibiotique :
- soit **tobramycine 0,3 %** : 4 fois/j pendant 5 à 7 jours ;
- soit **rifamycine 1 %** : 4 fois/j pendant 5 à 7 jours.

Ordonnance en cas de conjonctivite allergique

- Lavages abondants pendant 15 jours avec collyres :
- antiseptique : **acide borique + borate de sodium,** 4 fois/j ;
- + antiallergique : **cromoglycate de sodium,** 3 fois/j.

- Un antihistaminique par voie générale peut être adjoint : **cétirizine 10 mg**, 1 cp le soir pendant 15 jours.

Ordonnance en cas de conjonctivite irritative

- *Si agent caustique*, lavages avec collyre antiseptique : **acide borique + borate de sodium**, 4 fois/ pendant 7 jours.

- *Si sécheresse oculaire*, collyre à très haute viscosité : **hyaluronate de sodium**, flacon 10 mL, 4 fois/j pendant 7 jours.

Ordonnance en cas de conjonctivite irritative (suite)

Règles hygiénodiététiques

- Chez les porteurs de lentilles, retrait jusqu'à guérison puis utilisation d'une nouvelle paire de lentilles (si elles ne sont pas jetables, désinfection nécessaire).
- Éviter de se frotter les yeux (aggravation de l'inflammation et risque de contamination de l'entourage).
- Lavage fréquent des mains.
- Ne pas garder un maquillage pour les yeux utilisé juste avant une conjonctivite.

Situations particulières

- *Chez le nourrisson*, la conjonctivite aiguë doit être systématiquement traitée par un **collyre antibiotique**. Respecter strictement les règles d'hygiène : lavage des mains avant et après chaque soin, mouchoirs jetables, changement quotidien du linge de toilette.
- *Chez les femmes enceintes ou allaitantes* : **azithromycine collyre, 1** goutte 2 fois/j, pendant 3 jours. Jeter le récipient unidose après utilisation. Sont déconseillés les aminosides et la chlortétracycline. L'azithromycine, les quinolones, l'acide fusidique et la rifamycine doivent être utilisés avec précaution.

SURVEILLANCE

La persistance de symptômes après 72 heures nécessite un avis ophtalmologique.

PRESCRIPTIONS

Le traitement dépend de la cause et du terrain. Un prélèvement de larmes n'est pas nécessaire en première intention (seulement si persistance de sécrétions importantes malgré un traitement bien conduit). Ne pas utiliser de collyre à base de corticoïdes.

Ordonnance en cas de conjonctivite bactérienne ou virale

- Lavages avec collyres antiseptiques :
– **acide borique + borate de sodium :** 4 fois/j ;
– **picloxydine collyre 0,05 % :** 4 fois/j pendant 10 jours.

- *Si terrain à risque d'immunodépression* (diabète, corticothérapie, etc.) *ou pathologie oculaire chronique*, remplacer la picloxydine par un collyre antibiotique :
– soit **tobramycine 0,3 % :** 4 fois/j pendant 5 à 7 jours ;
– soit **rifamycine 1 % :** 4 fois/j pendant 5 à 7 jours.

Ordonnance en cas de conjonctivite allergique

- Lavages abondants pendant 15 jours avec collyres :
– antiseptique : **acide borique + borate de sodium,** 4 fois/ ;
– + antiallergique : **cromoglycate de sodium,** 3 fois/j.

- Un antihistaminique par voie générale peut être adjoint : **cétirizine 10 mg**, 1 cp le soir pendant 15 jours.

Ordonnance en cas de conjonctivite irritative

- *Si agent caustique*, lavages avec collyre antiseptique : **acide borique + borate de sodium**, 4 fois/j pendant 7 jours.

- *Si sécheresse oculaire*, collyre à très haute viscosité : **hyaluronate de sodium**, flacon 10 mL, 4 fois/j pendant 7 jours.

Ordonnance en cas de conjonctivite irritative (suite)

Règles hygiénodiététiques

- Chez les porteurs de lentilles, retrait jusqu'à guérison puis utilisation d'une nouvelle paire de lentilles (si elles ne sont pas jetables, désinfection nécessaire).
- Éviter de se frotter les yeux (aggravation de l'inflammation et risque de contamination de l'entourage).
- Lavage fréquent des mains.
- Ne pas garder un maquillage pour les yeux utilisé juste avant une conjonctivite.

Situations particulières

- *Chez le nourrisson*, la conjonctivite aiguë doit être systématiquement traitée par un **collyre antibiotique**. Respecter strictement les règles d'hygiène : lavage des mains avant et après chaque soin, mouchoirs jetables, changement quotidien du linge de toilette.
- *Chez les femmes enceintes ou allaitantes* : **azithromycine collyre,** 1 goutte 2 fois/j, pendant 3 jours. Jeter le récipient unidose après utilisation. Sont déconseillés les aminosides et la chlortétracycline. L'azithromycine, les quinolones, l'acide fusidique et la rifamycine doivent être utilisés avec précaution.

SURVEILLANCE

La persistance de symptômes après 72 heures nécessite un avis ophtalmologique.

C

Constipation

RAPPEL

Exonération hebdomadaire de moins de trois selles, dures et difficiles à évacuer Trois cadres cliniques à distinguer : les constipations aiguës apparaissant dans des circonstances favorisantes (voyage, alitement, etc), les constipations chroniques anciennes et les constipations inhabituelles et prolongées, sans circonstance déclenchante. Dans les deux premières situations, la plupart du temps fonctionnelles, le traitement initial peut être symptomatique sans exploration complémentaire. Les constipations inhabituelles justifient d'emblée des investigations diagnostiques à la recherche d'une étiologie organique.

Diagnostic D'interrogatoire : rechercher systématiquement un éventuel traitement introduit récemment et susceptible de ralentir le transit intestinal (antitussifs, antidépresseurs, antidouleurs, etc).

La présence de selles dans le rectum suggère des anomalies de la sensibilité ou de la motricité anorectale (dyschésie) justifiant une prise en charge spécifique.

Les causes organiques à rechercher devant une constipation prolongée inhabituelle sont : une tumeur rectocolique une hypothyroïdie, une hypokaliémie, une déshydratation, une hypercalcémie et un saturnisme.

L'étude du transit de marqueurs radio-opaques est utile dans les constipations chroniques fonctionnelles résistant au traitement pour comprendre le mécanisme de la constipation : inertie colique diffuse, spasmes coliques gauches ou dyschésie.

Objectif thérapeutique Augmenter le nombre de selles hebdomadaires et normaliser la consistance des selles. Réduire la symptomatologie fonctionnelle associée à la constipation.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Éliminer une occlusion intestinale ou un syndrome subocclusif.*
- *Rechercher la prise de médicaments favorisants :* opioïdes, statines biphosphonates, antidépresseurs, anti-H1 et anti-H2, antihypertenseurs, antiépileptiques, inhibiteurs de la pompe à protons, fer, calcium, gliclazide, répaglinide, certaines chimiothérapies anticancéreuses, *etc*
- *Attention aux fausses routes* avec les huiles si troubles de la déglutition ou sujets très âgés.
- *En cas de colopathie inflammatoire,* éviter les laxatifs osmotiques.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance en cas de constipation aiguë en situation favorisante

- **Huile de paraffine :** 1 à 2 cuillères à café par jour.

ou

- **Huile de vaseline** : 1 à 3 cuillères à soupe par jour.

ou

- **Polyéthylène glycol (PEG 4000) :** 1 sachet de 10 g 1 à 3 fois/j.

Ordonnance en cas de constipation chronique

- Laxatifs de lest (mucilages + son) :

– **ispaghul** : 2 à 3 sachets de 30 g/j en 1 ou 2 prises (également karayal, psyllium);

– **galettes de son de blé ou d'orge :** 2 à 4 galettes de 10 g/j.

- Laxatifs osmotiques :

– **polyéthylène glycol (PEG 4 000) :** 1 à 2 sachets de 10 g 1 à 2 fois/j ;

ou

– **lactitol :** 1 à 2 sachets de 10 g 1 à 2 fois/j (également lactulose, mannitol).

Règles hygiénodiététiques

- **L'alimentation doit être riche en fibres** (pain complet, céréales, légumes, pruneaux) et les boissons abondantes.
- Exercice physique régulier

Situations particulières

En cas de dyschésie, laxatifs par voie rectale : **bicarbonate de sodium et bitartrate de potassium**, 1 suppositoire le matin avant la selle (également sorbitol et citrate de sodium).

SURVEILLANCE

- Efficacité sur le transit et possible intolérance transitoire aux laxatifs de lest (douleurs abdominales, météorisme) qui peuvent justifier une posologie progressivement croissante du traitement laxatif et la prescription d'antispasmodiques intestinaux et/ou d'adsorbant des gaz les premières semaines du traitement : **phloroglucinol 80 mg**, 1 cp 2 à 3 fois/j ± **charbon**, 1 cap. 2 à 3 fois/j.
- Les constipations sévères peuvent se compliquer d'une pseudo-obstruction colique (syndrome d'Ogilvie) observée en général chez les personnes âgées atteintes de maladie neurologiques sévères ou recevant des neuroleptiques. Une **exsufflation endoscopique colique en urgence** est souvent nécessaire dans cette situation.

NOTES PERSONNELLES

C

Contraception intra-utérine

RAPPELS

Objectif thérapeutique Empêcher la survenue d'une grossesse, de façon réversible. Les dispositifs intra-utérins (DIU) ont une action contraceptive principalement par un effet antinidatoire sur l'endomètre (réaction inflammatoire non spécifique pour le DIU au cuivre, atrophie pour le DIU au lévonorgestrel [LNG]). Le DIU au cuivre a également une toxicité sur les spermatozoïdes et inhibe la fécondation. Le DIU au LNG entraîne également une altération de la glaire cervicale.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Éliminer une contre indication formelle à l'insertion d'un DIU* : grossesse en cours, contexte septique pelvien en cours (chez les femmes de moins de 25 ans ou ayant des partenaires multiples, un prélèvement vaginal avec recherche par PCR de chlamydiae, mycoplasma genitalium et gonocoque est recommandée avant la pose de DIU), saignement vaginal inexpliqué, maladie trophoblastique avec persistance d'hCG élevées, cancer du col, cancer de l'endomètre, distorsion de la cavité utérine incompatible avec pose d'un DIU (myomes ou malformation congénitale ou acquise), maladie de Wilson/hypersensibilité au cuivre pour le DIU au cuivre, hypertension artérielle pulmonaire, cancer hormonodépendant pour le DIU au LNG, maladie ou insuffisance hépatique évolutive et tumeur hépatique bénigne ou maligne.

• *Éliminer une contre-indication relative à l'insertion d'un DIU :* infection à VIH stade SIDA, maladie trophoblastique avec hCG indétectable ou décroissant, éviter la pose d'une DIU entre 48 h et 4 semaines en post-partum.

• *Associations médicamenteuses à prendre en compte :*
– anticoagulants ou antiagrégants plaquettaires : augmentation du risque de ménorragies sous DIU au cuivre ;
– anti-inflammatoires (AINS) à forte dose prolongée ou corticoïdes au long cours ou immunosuppresseurs : l'efficacité contraceptive est moins assurée pour le DIU au cuivre (réduction de l'inflammation endométriale) et le risque infectieux accru.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• **Dispositif intra-utérin taille standard** (380 mm² de cuivre avec hystéromètre).
ou

• **Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel (LNG).**

La pose du DIU se fait idéalement en fin de règles, ou immédiatement après les règles, en première partie de cycle.
La prescription d'un antispasmodique (phloroglucinol 80 mg : 2 cp en 1 prise) à prendre 1 heure avant la pose peut faciliter l'insertion du DIU.
La prescription d'un antispasmodique ou de paracétamol (1 g en 1 prise) ou d'un AINS (ibuprofène 400 mg, 1 cp) après l'insertion peut permettre de réduire la douleur suivant la pose.

Situations particulières

• *En cas de règles spontanément abondantes ou de dysménorrhées,* privilégier un DIU au LNG.

• *Chez une patiente nullipare,* prescrire un DIU au cuivre ou au LNG taille *short*. La prescription d'antispasmodique encadrant l'insertion sera plus systématique.

• *Dans un contexte de contraception d'urgence,* l'insertion d'un DIU au cuivre peut être réalisée jusqu'à 120 h après le rapport à risque, et au plus tard dans les 5 jours suivant la date présumée de l'ovulation.

SURVEILLANCE

• La patiente doit être revue dans les trois mois après la pose pour évaluer la tolérance, l'abondance des règles, et réaliser un examen clinique gynécologique pour vérifier la bonne position du DIU (visualisation des fils). Une échographie pelvienne n'est pas systématique mais devra être réalisée en cas de signe anormal. Le suivi sera ensuite annuel.

• La patiente doit être informée de la nécessité de consulter en cas de douleur pelvienne inhabituelle ou persistante, de saignement abondant, de métrorragies, de leucorrhées, de fièvre inexpliquée, d'un retard de règles, de la disparition des fils au toucher

NOTES PERSONNELLES

C

Contraception œstroprogestative

RAPPELS

Objectif thérapeutique Empêcher la survenue d'une grossesse, de façon réversible. La contraception œstroprogestative associe un œstrogène (le plus souvent l'éthynilestradiol, parfois le 17 bêta œstradiol ou le valérate d'œstradiol) et un progestatif. La voie d'administration peut être orale, percutanée (patch), ou vaginale (anneau vaginal).

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Recherche de contre indications aux œstroprogestatifs* :
– risque accru d'accident vasculaire artériel : antécédents personnel d'AVC, infarctus du myocarde, insuffisance coronarienne, artériopathie oblitérante des membres inférieurs, HTA sévère, migraine avec aura, diabète compliqué, dyslipidémie sévère, ou association de 2 facteurs de risque vasculaires parmi : IMC > 30, tabac > 15 cigarettes/j, migraine simple, âge > 35 ans, antécédents familiaux d'accident artériel précoce ;
– risque accru de thrombose veineuse : antécédent de thrombose veineuse profonde ou d'embolie pulmonaire, thrombophilie biologique, SAPL ;
– cancer hormonodépendant ;
– autres : lupus, connectivites, affection hépatique sévère ou récente, otospongiose sévère.

• *Recherche de terrains à risque :* recherche de thrombophilie biologique en cas d'antécédents familiaux veineux documentés avant 50 ans; bilan métabolique en cas d'obésité, d'antécédents familiaux de dyslipidémies ou de diabète de type 2; migraines simples.

• *Recherche d'associations contre indiquées ou déconseillées :* lamotrigine (réduction des taux plasmatiques de lamotrigine), inducteurs enzymatiques (réduction de l'efficacité des œstroprogestatifs y compris par voie percutanée).

• *Recherche d'associations à prendre en compte :* ciclosporine, mélatonine, tacrolimus, tizanidine, ropinirole, sélégiline (réduction de leur catabolisme), colestyramine (respecter un intervalle de 3 heures entre les prises orales), sugammadex utilisé en anesthésie pour décurarisation (prendre alors des précautions équivalentes à celles prises pour un oubli d'un comprimé).

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

Éthynilestradiol 20 µg + lévonorgestrel 100 µg, 1 cp/j à heure fixe :
– à commencer la première fois le premier jour du cycle (premier jour des règles);
– puis à prendre pendant 21 jours suivis d'un arrêt de 7 jours;
– puis reprise 21 jours et ainsi de suite.

Recommandations

• **Conduite à tenir en cas d'oubli d'un comprimé :**
– si l'oubli est de moins de 12 heures, l'efficacité contraceptive est garantie;
– si l'oubli est de plus de 12 heures :
  - prendre le comprimé oublié,
  - utiliser des préservatifs pendant les 7 jours suivant l'oubli,
  - utiliser une contraception d'urgence si des rapports ont eu lieu dans les 5 jours précédant l'oubli, ou si l'oubli concerne au moins deux comprimés,
  - si l'oubli concerne 1 des 7 derniers comprimés de la plaquette, débuter directement la plaquette suivante en fin de plaquette (sans les 7 jours d'arrêt entre deux plaquettes).

• **Une contraception d'urgence** (*cf.* fiche suivante) pourra être prescrite d'emblée si nécessaire, en association avec la prescription de la contraception orale.

Situations particulières

• *En cas de difficultés d'observance*, préférer une voie d'administration percutanée (patch) ou un anneau vaginal, en respectant les mêmes contre-indications.

Situations particulières (suite)

• *En cas de dysménorrhée ou de migraines cataméniales* (sans aura, avant 35 ans et non aggravées par la contraception) : la contraception œstroprogestative peut être prescrite en cont nu (28 jours/28), en prévoyant classiquement un arrêt de 7 jours toutes les 12 semaines (84 jours).

SURVEILLANCE

• L'observance et la tolérance de la contraception doivent être évaluées 3 à 6 mois après l'instauration puis tous les ans.
– *en cas de problème d'observance*, se référer à la fiche précédente (« Situations particulières », p. 127);
– *en cas d'apparition ou d'aggravation de migraines sous contraception œstroprogestative*, il s'agit d'une contre-indication à sa poursuite.

• **Un examen clinique** doit être réalisé entre 3 et 6 mois après l'initiation puis 1 fois/an évaluant en particulier :
– taille, poids, IMC, tension artérielle;
– examen gynécologique et mammaire.

• **Un bilan biologique :** cholestérol total, triglycérides, glycémie à jeun doit être réalisé 3 à 6 mois après l'instauration de la contraception œstroprogestative, à renouveler tous les 5 ans si le bilan est normal et en l'absence de fait clinique nouveau.

NOTES PERSONNELLES

C

Contraception d'urgence (hors DIU au cuivre)

RAPPELS

Objectif thérapeutique Éviter la survenue d'une grossesse en cas de rapport sexuel survenu sans contraception efficace : absence de contraception, accident de préservatif (mal positionné, rupture, écoulement au moment du retrait), expulsion ou mauvaise position de diaphragme, retrait trop tardif, oubli de contraception orale (plus de 12 h si œstroprogestative ou microdosée au désogestrel, plus de 3 h si autre microprogestatif) avec rapports dans les 5 jours précédant l'arrêt, ou oubli de plus de 2 cp. La contraception d'urgence (CU) ne permet pas d'éviter tous les risques de grossesse et son efficacité est directement dépendante du délai de prise après le rapport à risque.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Recherche de contre-indications à la CU par ulipristal acétate* : grossesse en cours, insuffisance hépatique sévère, asthme sévère insuffisamment contrôlé. Par ailleurs, l'utilisation de l'ulipristal acétate plusieurs fois au cours d'un même cycle n'est pas recommandée.
- *Recherche d'associations déconseillées pour l'ulipristal acétate et le lévonorgestrel* : traitements pouvant réduire l'absorption (IPP, anti-acides, antagonistes des récepteurs H2) ou réduire l'activité. Les femmes ayant été traitées par un inducteur enzymatique au cours des quatre dernières semaines doivent utiliser une CU non hormonale (DIU au cuivre). En cas d'impossibilité, un doublement de la dose standard de lévonorgestrel est recommandé.

• *Recherche d'associations à prendre en compte* : il n'existe pas de données sur l'efficacité de la CU au lévonorgestrel en cas de prise d'inducteurs enzymatiques, mais son efficacité pourrait potentiellement être diminuée.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Choix de la méthode selon le délai depuis le rapport à risque et le moment du cycle

- Délai depuis le rapport < 72 h : lévonorgestrel, ulipristal acétate ou DIU au cuivre.
- Délai depuis le rapport (72 h et 120 h) et/ou si début d'élévation de la LH (hors pic de LH) : DIU au cuivre ou ulipristal acétate.
- Délai depuis le rapport > 120 h et/ou si pic de LH : DIU au cuivre possible si la date présumée d'ovulation est de moins de 5 jours.
- Plusieurs rapports à risque : DIU au cuivre, ou ulipristal acétate (si tous les rapports datent de moins de 120 h).

Ordonnance (2 possibilités selon le délai de prise)

- **Lévonorgestrel 1,5 mg :** 1 cp en une prise, à prendre le plus tôt possible après le rapport à risque et dans tous les cas dans les 72 heures. Ce traitement est disponible :
  - en pharmacie : sur prescription médicale (remboursée 65 %) ou sans prescription, gratuite pour les mineures;
  - en centre de planification et d'éducation familiale;
  - auprès des infirmières des collèges, lycées et universités.
- **Ulipristal acétate 30 mg :** 1 cp en 1 prise, à prendre le plus tôt possible après le rapport à risque et dans tous les cas dans les 120 heures.

Recommandations

- En cas de vomissement survenant dans les 3 heures après la prise, reprendre un comprimé.

Recommandations (suite)

• Après la prise d'une CU par voie orale, les rapports doivent être protégés :
– jusqu'à la fin du cycle en l'absence de contraception associée ;
– si CU par lévonorgestrel : pendant 7 jours en cas de prise d'œstroprogestatif (9 jours pour la contraception au valérate d'œstradiol), 2 jours en cas de prise de microprogestatif ;
– si prise d'ulipristal acétate : pendant 14 jours en cas de prise d'œstroprogestatif (16 jours pour la contraception au valérate d'œstradiol), 9 jours en cas de prise de microprogestatif.

• **Mise en place d'une contraception** en l'absence de contraception habituelle.

Situations particulières

• En cas de poids > 75 kg, des données limitées suggèrent que les CU au lévonorgestrel et à l'ulipristal acétate ont une efficacité diminuée. Chez toutes les femmes, la CU doit être prise le plus rapidement possible après des rapports non protégés.

• En cas d'allaitement, il est recommandé de ne pas allaiter pendant une semaine suivant la prise d'ulipristal acétate et pendant au moins 8 heures suivant la prise de CU au lévonorgestrel.

SURVEILLANCE

• La survenue de métrorragies et la modification de la longueur du cycle en cours (raccourci ou allongé) sont fréquentes.

• *En cas de retard de règles de plus de 5 à 7 jours ou de saignements anormaux*, effectuer un **dosage de β-hCG**.

C

Convulsion fébrile du nourrisson et de l'enfant

RAPPELS

La survenue d'une crise convulsive lors d'une poussée fébrile est fréquente dans l'enfance (2 à 5 % des enfants). Elle est habituellement bénigne mais nécessite une expertise clinique rigoureuse et une information détaillée auprès des parents.

Diagnostic Clinique par l'interrogatoire de l'entourage au décours de l'épisode → à évoquer devant tout phénomène moteur paroxystique, avec ou sans perte de conscience, survenant dans un contexte de fièvre élevée :

– crises généralisées tonicocloniques : phase tonique de contractions musculaires soutenues avec pauses respiratoires, suivie d'une phase clonique de secousses rythmiques des membres; en post-critique, la respiration est bruyante; il existe une hypotonie et une confusion;

– crises cloniques qui débutent d'emblée par des secousses rythmiques, avec ou sans perte de conscience;

– crises toniques caractérisées par une contraction tonique des membres, avec révulsion oculaire et trismus;

– crises atoniques correspondant à une résolution complète du tonus avec chute.

Aucun examen complémentaire réalisé a poster ori ne permet d'aff r mer une convulsion, et différents diagnostics différentiels doivent être envisagés : frissons intenses, myoclonies du sommeil survenant à l'endormissement, spasmes du sanglot associant pleurs/apnée/cyanose en

cas de colère ou de peur et qui peuvent comporter une brève convulsion si le spasme est prolongé.

➠ *Il faut identifier les rares situations d'urgence : état de mal convulsif, bradypnée, cyanose, marbrures, signes neurologiques focaux, troubles de conscience prolongés, sepsis, purpura, syndrome méningé, suspicion d'encéphalite (au moindre doute, nécessité d'une ponction lombaire).*

➠ *Il faut faire préciser d'éventuels ATCD personnels ou familiaux de convulsions, fébriles ou non, et rechercher d'autres causes potentielles : traumatisme récent, hématomes, intoxication médicamenteuse,* etc.

En cas de crise fébrile simple, aucun examen complémentaire n'est nécessaire.

Objectif thérapeutique

- Éviter les récidives en traitant la fièvre (paracétamol ou ibuprofène).
- Rassurer les parents en cas de convulsion fébrile simple.
- Pas d'indication de traitement anticonvulsivant préventif continu dans les convulsions fébriles simples.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Rechercher des signes d'infection neuroméningée* : purpura (méningocoque), bombement de la fontanelle, raideur du rachis, signes neurologiques focaux.
- *Rechercher les critères de crises dites « complexes »* : âge < 1 an, crise > 15 minutes, au moins une récidive dans les 24 heures, début focal, examen neurologique anormal, toutes situations qui justifient une hospitalisation en urgence et une prise en charge spécifique.
- *Rechercher des contre-indications*

– paracétamol : hypersensibilité connue ou insuffisance hépatocellulaire;

– ibuprofène : allergie aux AINS, insuffisance hépatique, rénale ou cardiaque sévère, lupus érythémateux.

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• Ne prescrire qu'un seul médicament antipyrétique. L'administration doit être continue, au moins 48 heures, sans chercher à adapter les prises au degré de température. Vérifier que l'enfant n'a pas déjà reçu un traitement antipyrétique.

• Le bénéfice de l'alternance de deux molécules n'est pas établi. Cette combinaison peut néanmoins être envisagée si la fièvre persiste au delà de 24 heures.

• Le traitement étiologique de la fièvre est essentiel lorsqu'il est possible.

• **Paracétamol enfant ou nourrisson :** 15 mg/kg par prise toutes les 6 heures, sans dépasser 80 mg/kg/jour (à privilégier en 1re intention).

ou :

• **Ibuprofène :** 7,5 mg/kg par prise toutes les 6 heures (à éviter en cas de varicelle).

Mesures hygiénodiététiques

• Ne pas trop couvrir l'enfant et aérer la pièce.

• Le faire boire le plus souvent possible.

Informations et conseils aux parents

• *Récidives :* une ou plusieurs convulsions fébriles « simples » dans l'enfance n'augmentent pas le risque d'épilepsie ultérieure (en l'absence de retard psychomoteur ou d'ATCD familiaux d'épilepsie). Par contre, des récidives sont possibles à l'occasion d'une poussée fébrile. Éducation thérapeutique nécessaire (cf c-après).

Informations et conseils aux parents (suite)

• *Traitement préventif* : le traitement rapide de la fièvre const tue la meilleure prévention des convulsions. L'administration préventive d'un traitement ant convulsivant continu n'est pas justifiée en première intention.

Situations particulières

• *En cas de nouvelle convulsion à domicile* : **diazépam injectable administré par voie rectale, 0,5 mg/kg** administrés avec une canule destinée à cet usage (vente en pharmacie). Cette dose peut être renouvelée une fois si la crise persiste après 10 minutes. Une éducation thérapeutique des parents est recommandée pour effec tuer correctement ce geste.

• *Les convulsions fébriles complexes* nécessitent un bilan étiologique, une prise en charge spécifique et peuvent justifier d'un traitement anticonvulsivant préventif.

SURVEILLANCE ET PRONOSTIC

Le risque principal est la récidive d'une convulsion à l'occasion d'un épisode fébrile ultérieur (20 %). Facteurs de risque
– âge < 1 an;
– antécédents familiaux de crises fébriles ou d'épilepsie.

NOTES PERSONNELLES

C

Crampes musculaires

RAPPELS

Contraction spontanée et douloureuse d'un ou plusieurs groupes musculaires, une crampe débute brutalement et disparaît généralement après quelques minutes ou en étirant le muscle considéré, laissant ce dernier sensible durant plusieurs heures voire plusieurs jours. Bien que bénigne, une crampe essentielle qui affecte volontiers les sujets âgés, les sportifs et les femmes enceintes peut être hyperalgique, perturber le sommeil et altérer la qualité de vie.

Diagnostic Clinique à l'interrogatoire d'un sujet qui rapporte sa survenue volontiers nocturne ou à l'effort (crampe du sportif), dans un muscle fléchisseur, souvent le mollet, le carré plantaire ou les adducteurs. En dehors des crises, l'examen est normal mais doit rechercher les signes éventuels des crampes symptomatiques d'une rare affection sous jacente : neurologique (myopathie, sclérose en plaques, polynévrite, souffrance radiculaire, etc.), endocrinienne (dysthyroïdie, insuffisance surrénalienne), métabolique (insuffisance rénale, troubles ioniques), varices.

Objectif thérapeutique Réduire la fréquence des récidives et apprendre au sujet à étirer le(s) muscle(s) concerné(s) *(stretching)*, en cas de crise mais également de façon régulière.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Rechercher des médicaments susceptibles d'induire des crampes :* fibrates, statines, bêtabloquants, bêtamimétiques, bromocriptine, corticoïdes, diurétiques, laxatifs, nifédipine, tolcapone.
- *Rechercher des contre-indications à la quinine :* myasthénie, troubles de la conduction intracardiaque, grossesse et allaitement.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• Pratiquer de façon quotidienne une séance *d'étirements passifs* de 5 à 10 minutes du groupe musculaire concerné. Les étirements doivent toujours être pratiqués de manière progressive et sans douleur (Il est nécessaire de montrer concrètement au patient comment réaliser cette manœuvre. Par exemple pour les crampes du mollet : se tenir debout face à un mur situé à un mètre et se pencher en avant pour faire reposer les mains au mur sans décoller les talons du sol.)

• Ce n'est qu'en cas d'échec de cette pratique préventive régulière associée aux conseils hygiénodiététiques et si les crampes sont fréquentes et sévères que peut être prescrit : **quinine 120 mg + thiamine 32 mg, 1** cp le soir pour une durée maximale de trois mois. *NB : en raison d'effets indésirables potentiellement graves (allergiques, cardiaques et hématologiques), la FDA n'autorise plus son usage dans cette indication.*

Règles hygiénodiététiques

• Assurer une hydratation régulière, particulièrement en cas de fortes chaleurs. Les jus de fruits frais sont recommandés.

• Privilégier les aliments riches en magnésium pour les sportifs et les femmes enceintes (germe de soja, riz, pain complet, noix, bananes, etc.).

• Réduire les prises d'alcool, de café et de thé qui constituent des facteurs favorisants.

• Éviter les positions de raccourcissement musculaire extrême (pieds tendus, etc.).

Situations particulières

• *Chez le sportif*, la prévention des crampes nécessite un échauffement régulier, des étirements systématiques après l'effort, un apport complémentaire de **sel** (NaCl) en cas d'effort prolongé, un régime riche en **potassium** et en **magnésium**.

• *La « crampe » de l'écrivain n'est pas une crampe* mais une dystonie segmentaire qui affecte le membre supérieur dominant et plus particulièrement les muscles du poignet et des doigts. Elle relève de **myorelaxants**, d'une **rééducation** et parfois d'**injections de toxine botulinique**.

SURVEILLANCE

• Dans un premier temps, contrôle de la pratique régulière et correcte des étirements et du suivi des consignes diététiques.

• Après une prescription de quinine :
– s'assurer de l'absence de réactions d'hypersensibilité : prurit, érythème, purpura, photosensibilisation, malaise → arrêt immédiat et définitif ;
– ne pas dépasser la dose prescrite et éviter les boissons riches en quinine (Schweppes®, Canada Dry®, etc.) ;
– recherche d'effets indésirables : acouphènes, vertiges, troubles de la vision, céphalées, hypoacousie → arrêt immédiat et définitif ;
– arrêt du traitement en l'absence de bénéfice après quatre semaines.

NOTES PERSONNELLES

C

Crohn (maladie de)

RAPPELS

Affection inflammatoire chronique, de cause inconnue, qui peut atteindre tous les segments du tube digestif, mais le plus souvent l'iléon et le côlon (atteinte iléocaecale) et, à un moindre degré, la région anale.

Diagnostic Devant des situations cliniques variées : diarrhée prolongée, lésions proctologiques (fissures multiples et/ou de siège atypique, abcès récidivants, fistules complexes et/ou récidivantes), douleurs abdominales inexpliquées (fosse iliaque droite notamment), associées à une altération de l'état général, des signes extradigestifs (érythème noueux, douleurs articulaires, uvéite), à un syndrome inflammatoire, une anémie, une malabsorption. L'évolution s'effectue le plus souvent par poussées, séparées de rémissions plus ou moins longues. Les complications sont fréquentes : occ usions sténoses, fistules, abcès et perforations, hémorragies, colite aiguë grave. À long terme, le risque de cancer colique ou de l'intestin grêle est plus élevé.

Objectif thérapeutique Régression des poussées et prévention des récidives.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Recherche de contre-indications :*
– corticoïdes : ATCD de troubles psychiques sévères sous corticoïdes, viroses en évolution (herpes, varicelle, zona), états infectieux non contrôlés;
– azathioprine : hypersensibilité connue à l'azathioprine ou à la 6-mercaptopurine, allopurinol, allaitement.

• *Recherche de terrains à risque qu'il faudra traiter ou contrôler :* diabète, ATCD d'ulcère digestif, d'ostéoporose, de tuberculose.

• *Recherche d'associations déconseillées :*
– corticoïdes : aspirine > 1 g/24 h (accroissement du risque hémorragique); vaccins vivants;
– azathioprine : phénytoïne (risque de convulsions par diminution de l'absorption), allopurinol (insuffisance médullaire éventuellement grave) et fosphénytoïne (inducteurs enzymatiques → perte d'efficacité).

• *Recherche d'associations à prendre en compte :*
– corticoïdes : autres médicaments hypokaliémiants, anticoagulants oraux, inducteurs enzymatiques digitaliques;
– azathioprine : mésalazine, olsalazine ou sulfasalazine (risque de majoration de l'effet myélosuppresseur de l'azathioprine ou de la 6-mercaptopurine).

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance de traitement de la poussée

• **Budésonide gél. 3 mg** en une seule prise le matin :
– 3 gél. durant 3 à 6 semaines (8 au maximum);
– 2 gél. en traitement d'entretien durant une période maximale de 9 mois avec une réduction posologique progressive.

• **Azathioprine 50 mg** : 2 à 2,5 mg/kg/j (sans dépasser 150 mg/j) durant la phase d'attaque, puis la posologie sera réduite au minimum efficace.

• **Calcium (1 000 mg) + vitamine D3 (880 UI)** : 1 sachet par jour dans un grand verre d'eau en dehors des repas, durant toute la durée du traitement corticoïde.

Règles hygiénodiététiques

• Régime hyposodé standard (4 g de sel/j, soit 1 600 mg de sodium).

• Suppression des sucres d'absorption rapide (sucre pur, confitures, sodas, gâteaux).

• Régime riche en protéines et en calcium.

• Ne pas accroître l'apport calorique (risque de prise de poids).

• Activité physique régulière pour lutter contre le risque d'atrophie musculaire.

• Chez tous les patients, il faut obtenir l'arrêt du tabac qui aggrave l'évolution.

Situations particulières

• *Ostéoporose :* chez les femmes ménopausées et les hommes à risque élevé de fractures, adjonction d'un traitement préventif de l'ostéoporose par vitamine D et diphosphonate :
– **vitamine D3 :** une ampoule de 100 000 UI, à renouveler à 3 reprises à une semaine d'intervalle.
– **acide zolédronique :** une perfusion IV de 5 mg en 15 minutes, 1 fois/an, précédée d'une ampoule de vitamine D3 100 000 UI.

• *Diabète :* surveillance plus étroite de l'équilibre glycémique et renforcement du traitement oral ou passage à l'insuline si nécessaire.

• *Antécédent d'ulcère digestif* (gastroscopie et traitement antisécrétoire) : **oméprazole 20**, 1 cp/j en l'absence de lésion; 2 cp/j pendant 6 semaines en cas d'ulcère puis 1 cp/j en entretien.

• *Formes sévères :* lorsque la maladie est corticodépendante ou corticorésistante, on peut avoir recours au méthotrexate. En cas d'échec des immunosuppresseurs, l'administration régulière d'anticorps anti-TNF-alpha est justifiée sous contrôle spécialisé.

• *Formes compliquées :* les interventions chirurgicales sont réservées aux complications (perforation, sténose ou fistule, hémorragie grave) et rarement à l'absence de contrôle de la maladie par les traitements médicaux. En effet, l'exérèse des segments atteints ne met pas à l'abri des récidives.

SURVEILLANCE

• De l'efficacité du traitement corticoïde : disparition en 48 à 72 heures des manifestations cliniques et normalisation progressive du syndrome inflammatoire.

• Des effets indésirables engendrés par l'hypercorticisme : HTA, surpoids, œdèmes, hypokaliémie (contrôle à J7), diabète, amyotrophie,

ostéoporose, cataracte, syndrome cushingoïde, excitation, insomnie, infections, acné, glaucome, purpura, ulcère digestif.

• L'azathioprine nécessite une surveillance hebdomadaire de l'hémogramme au cours des huit premières semaines de traitement, notamment en cas de forte posologie et chez les patients insuffisants rénaux ou hépatiques. Cette surveillance devra être maintenue à intervalles réguliers au cours du traitement, au moins tous les 3 mois. Les patients doivent contacter immédiatement le médecin en cas de fièvre (infections opportunistes), d'angine, d'hématomes ou de saignements inexpliqués.

NOTES PERSONNELLES

C

Cure thermale (prescription médicale)

RAPPELS

• Une cure thermale correspond à la prise en charge médicale globale et aux thérapeutiques spécifiques appliquées durant un séjour dans une station thermale.
• En raison de la spécificité des eaux minérales, les stations thermales françaises possèdent une ou deux orientations thérapeutiques.
• *Pour être prise en charge par la Sécurité sociale, une cure thermale doit être prescrite par le médecin traitant et respecter des conditions précises.*

STATIONS THERMALES FRANÇAISES

• En France, une centaine de stations reçoivent environ 500 000 patients chaque année.
• 12 orientations thérapeutiques sont reconnues par la Sécurité sociale :
– RH : rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires ;
– VR : maladies des voies respiratoires ;
– MCA : maladies cardiovasculaires ;
– AU : maladies de l'appareil urinaire et maladies métaboliques ;
– AD : maladies de l'appareil digestif et maladies métaboliques ;
– PHL : phlébologie ;
– GYN : gynécologie ;
– DER : dermatologie ;
– AMB : affections des muqueuses bucco linguales ;

– NEU : neurologie ;
– PSY : affections psychosomatiques ;
– TDE : troubles du développement chez l'enfant.

AGENTS THERMAUX

• Essentiellement **les eaux minérales** :
– *froides* (8 à 15 °C pour les cures de diurèse) ;
– *mésothermales* (25 à 34 °C pour les bains) ;
– ou *hyperthermales* (pour inhalations, douches, *etc*).
• Les caractères chimiques (minéralisation) de ces eaux permettent de distinguer
– *les eaux sulfurées*, surtout pour les indications respiratoires ;
– *les eaux sulfatées*, surtout maladies urinaires et métaboliques ;
– *les eaux chlorurées sodiques*, surtout pour le développement de l'enfant ;
– *les eaux bicarbonatées*, surtout pour les affections intestinales et hépato-biliaires ;
– *les eaux faiblement minéralisées* (oligo-métalliques) ;
– ou *les eaux caractérisées par un élément rare* (arsenic, fer, cuivre, sélénium, etc.).
• Accessoirement **le plancton thermal, les gaz thermaux** (CO_2 ou H_2S), **les péloïdes** (cataplasmes) sont utilisés au cours de la cure.

TECHNIQUES THERMALES

• *Hydrothérapie interne :* cures de boisson, voire cures de diurèse.
• *Hydrothérapie externe :* bains et/ou douches.
• *Cures « de contact » :* inhalations, aérosols, lavages de sinus, *etc.*
• *Rééducation fonctionnelle* en piscine.
• *Diverses non spécifiques :* kinésithérapie, drainage postural, rééducation respiratoire, éducation alimentaire, repos.

INDICATIONS DU THERMALISME

Les grandes indications concernent les maladies chroniques d'évolution lente et incomplètement améliorées par la prise en charge médicamenteuse classique, en particulier :
– en rhumatologie (manifestations arthrosiques, lombalgies chroniques), divers essais ont montré une réduction des douleurs, une amélioration des performances motrices et surtout une réduction de la consommation médicamenteuse, des anti-inflammatoires en particulier ;
– en ORL : rhinites, sinusites, polyposes naso sinusiennes, pharyngite chronique, *etc* ;
– en pneumologie : asthme, bronchite chronique, broncho pneumopathie obstructive chronique, etc. ;
– en dermatologie : eczéma et psoriasis principalement, prurit chronique, *etc.* ;
– en pathologie vasculaire : artériopathie oblitérante chronique, phénomène de Raynaud, *etc.*

CONTRE-INDICATIONS DES CURES THERMALES

• *Les différentes formes d'immunodépression*, congénitales ou acquises (attention aux médicaments qui peuvent être en cause).
• Il s'agit souvent de *mauvaises indications* qui ne relèvent pas de la crénothérapie : essentiellement les affections évolutives, infectieuses, cancéreuses ou inflammatoires.

MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET CONDITIONS DE REMBOURSEMENT

• *Cure prescrite par le médecin traitant* qui choisit une station en fonction d'une indication (parfois deux).
• *Un formulaire spécial de demande de prise en charge (Cerfa N° 11139*02 à demander à la Caisse ou disponible sur Internet) doit être adressé à la Caisse d'Assurance maladie* avec ses deux volets :

– le médecin précise l'indication thérapeutique principale ;
– l'assuré remplit une déclaration de ressources.
• *La durée de la cure doit être de 3 semaines.*
• *La cure elle même (+ les frais de séjours) est remboursée à 65 %.* Le remboursement de l'hébergement et du déplacement – par la station la plus proche – dépend des ressources de l'assuré, de même que d'éventuelles indemnités journalières. Une prise en charge à 100 % est possible en cas d'ALD, de maladie professionnelle ou d'accident du travail.
• *Le forfait de surveillance médicale* comporte 3 consultations : arrivée, milieu et fin de cure (remboursement à 70 %).

SUIVI POST-CURE THERMALE

• Le médecin thermal rédige une lettre de liaison pour le médecin traitant en proposant un traitement adapté.
• Les complications sont exceptionnelles, d'origine virale ou bactérienne.
• Une seule prise en charge pour une année civile pour une affection donnée mais la nécessité de cures thermales ultérieures dépend du résultat de la cure initiale et de l'évolution de l'affection sous-jacente, appréciés par le médecin traitant.
• Au-delà de la cure, les établissements thermaux proposent également des programmes complémentaires spécifiques à certaines maladies qui ne sont pas pris en charge par l'Assurance-maladie.

NOTES PERSONNELLES

C

Cystite aiguë simple

RAPPELS

Bien distinguer la cystite aiguë simple et les cystites à risque de complication (*cf* fiche « Infection urinaire – Généralités »).

Diagnostic Clinique devant des brûlures et des douleurs à la miction, une pollakiurie et des mictions impérieuses. La présence des 2 premiers signes en l'absence de prurit et de pertes vaginales donne une probabilité de cystite > 90 %. L'absence de fièvre et de douleurs lombaires sont des signes négatifs. L'hématurie, présente dans 30 % des cas, n'est pas un signe de gravité. Une bandelette urinaire est recommandée mais dans le cadre de la cystite aiguë simple, aucun autre examen complémentaire n'est utile.

Objectif thérapeutique Calmer la douleur, prévenir les complications et guérir l'infection.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Rechercher une contre-indication à la fosfomycine :* allergie connue, insuffisance rénale sévère (ClCr < 10 mL/min), grossesse et allaitement (utilisation déconseillée).
- *Rechercher une contre-indication aux fluoroquinolones :* allergie connue, ATCD de tendinopathie, déficit en G6PD, grossesse et allaitement, croissance non terminée. L'exposition solaire ou aux UV est contre-indiquée durant le traitement.

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

Un traitement probabiliste est recommandé (Tableau 1) : **fosfomycine-trométamol**, 1 sachet de 3 g à jeun en une prise unique en première intention.
La patiente doit être informée que les symptômes peuvent persister pendant 48 à 72 h après le début du traitement en cas de traitement monodose.

Tableau 1 – Traitement probabiliste d'une cystite aiguë simple.

Classe antibiotique	Substance active	Posologie	Durée de traitement
Dérivé de l'acide fosfonique	Fosfomycine trométamol	3 g PO × 1/j	1 jour (monodose)
Apparentés aux β-lactamines	Pivmécillinam	400 mg PO × 2/j	5 jours

SURVEILLANCE

Un ECBU ou une bandelette urinaire post traitement ne sont pas recommandées mais en cas d'évolution défavorable (en pratique après 72 h), on fera une réévaluation avec ECBU et antibiogramme.

C

Cystite aiguë à risque de complication

RAPPELS

Bien distinguer la cystite aiguë simple et les cystites à risque de complication (*cf.* fiche « Infection urinaire de l'adulte : généralités »).

Diagnostic D'infection urinaire (IU), survenant chez une femme présentant des facteurs de risque de complication : anomalie organique ou fonctionnelle urinaire (reflux, lithiase résiduelle, tumeur etc.); pathologie associée (insuffisance rénale sévère, immunodépression, etc.); terrain particulier : grossesse, sujet âgé avec comorbidité ou critères de fragilité (perte de poids, marche lente, faible endurance, activité physique réduite).

En l'absence de comorbidité, la cystite de la femme > 65 ans est à considérer comme une IU simple. Chez l'homme, la « cystite » est une prostatite (*cf.* fiche thérapeutique correspondante).

Un ECBU orienté par la BU sera systématiquement réalisé.

Objectif thérapeutique Calmer la douleur, prévenir les complications et guérir l'infection.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Rechercher une allergie aux céphalosporines.*
- *Rechercher une insuffisance rénale sévère* (ClCr < 20 mL/min) : réduire la posologie de moitié.

PRESCRIPTIONS

Contrairement aux autres IU, le principe est de différer l'antibiothérapie, si la clinique le permet, pour l'adapter d'emblée aux résultats de l'antibiogramme. Si le traitement ne peut pas être retardé dans l'attente des résultats de l'antibiogramme, un traitement probabiliste est possible mais une réévaluation clinique et microbiologique est nécessaire à l'obtention de l'antibiogramme.
Les traitements en dose unique et les traitements courts ne doivent pas être utilisés.

Ordonnance

Si l'état de la patiente nécessite d'instaurer un traitement en urgence probabiliste, on utilisera en première intention la **nitrofurantoïne**, puis le **céfixime et les fluoroquinolones** en dernière intention.
La durée totale de traitement est d'au moins 5 jours, voire 7 jours pour la nitrofurantoïne. Les quinolones de 1re génération (acide pipémidique, acide nalidixique) ne sont pas recommandées, même si la bactérie apparaît comme sensible à l'antibiogramme. Par ailleurs, les fluoroquinolones ne devraient pas être prescrites si l'antibiogramme révèle une résistance aux quinolones de 1re génération car cela constitue souvent un risque de sélection d'un mutant de haut niveau de résistance. *Cf.* Tableau 1.

Tableau 1 – Traitement probabiliste d'une cystite aiguë compliquée.

Classe antibiotique	Substance active	Posologie	Durée de traitement
Nitrofuranes	Nitrofurantoïne	100 mg PO x 3/j	7 jours
Céphalosporines	Céfixime	200 mg PO x 2/j	5 jours
Fluoroquinolones	Ciprofloxacine	500 mg PO x 2/j	5 jours
	Ofloxacine	200 mg PO x 2/j	5 jours

Situations particulières

• L'utilisation de **nitrofurantoïne** peut être envisagée en traitement probabiliste.
En revanche, la nitrofurantoïne ne doit plus être utilisée en traitement prophylactique des infections urinaires récidivantes (traitements continus ou intermittents).
Par ailleurs, en raison du risque potentiel grave immunoallergique, les traitements répétés doivent être évités.

• Après obtention de l'antibiogramme, un traitement de relais doit être mis en place si nécessaire (Tableau 2).

Tableau 2 – **Traitement de relais possible après obtention de l'antibiogramme de la cystite aiguë compliquée.**

Antibiotique	Substance active	Posologie	Durée de traitement
Pénicilline	Amoxicilline	1 g PO x 3/j	7 jours
	Amoxicilline acide clavulanique	1 g PO x 3/j	7 jours
Sulfamide + triméthoprime	Sulfaméthoxazole-triméthoprime SMX 800mg + TMP 160mg)	1 cp PO x 2/j	5 jours

NOTES PERSONNELLES

D

Dénutrition de l'adulte

RAPPELS

Résultant d'un déséquilibre entre les apports et les besoins nutritionnels de l'organisme, la dénutrition peut compliquer l'évolution de nombreuses affections dont elle aggrave le pronostic en affaiblissant les défenses immunitaires et en retardant la cicatrisation. Les pertes musculaires et osseuses constituent un facteur de chute et de troubles trophiques en particulier chez les sujets âgés, et une dénutrition doit être systématiquement recherchée dans un contexte d'altération de l'état général.

Diagnostic Clinique sur la constatation d'un indice de masse corporelle (IMC) < 18 (mais une masse adipeuse importante peut masquer cet indice et l'IMC d'une maigreur constitutionnelle non pathologique peut atteindre 16) et/ou d'une perte de poids > 5 % en 1 mois ou 10 % en 6 mois (attention : bien prendre en compte l'évolution d'œdèmes et/ou d'une ascite !).

Dans ces conditions, un dosage de l'albumine < 35 g/L (½ vie de 3 semaines) ou de la transthyrétine (nouvelle appellation de la préalbumine) < 0,25 g /L (½ vie de 48 heures) peut conforter le diagnostic en fonction du contexte de l'état clinique et de la rapidité de la dénutrition.

Le plus souvent chronique, une dénutrition peut se constituer très rapidement et sa prise en charge doit être rapide et si possible prévenue dans les situations à risque :
– pathologies organiques : cancers, défaillances d'organe, maladies infectieuses, inflammatoires, digestives, alcoolisme, etc. ;

– situations psychosociales fragiles, en particulier chez le sujet âgé : dépression, isolement, difficultés financières, problèmes dentaires régime sans sel excessif, alitement, etc.

Objectif thérapeutique Reposant sur une assistance nutritionnelle entérale et/ou parentérale, le traitement vise à réduire le risque de complications, à maintenir l'autonomie et à améliorer la qualité de vie.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Évaluer la sévérité de la dénutrition :* définie par un IMC < 17 et/ou une perte de poids > 10 % en 1 mois ou > 15 % en 6 mois et/ou une albuminémie < 30 g/L.
- *Évaluer les aspects quantitatifs et qualitatifs de l'apport alimentaire habituel :* consommation protéique, produits laitiers, fruits et légumes, *etc.* Un bilan nutritionnel par diététicien(ne) peut être demandé sur 3 ou 7 jours.
- *Rechercher les signes cliniques (et biologiques si dénutrition sévère) d'éventuelles carences à corriger spécifiquement :* en folates, en fer, en vitamine D, en vitamine C, en calcium, en phosphore, *etc.*

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

Selon le degré de dénutrition et la situation clinique, trois niveaux de prise en charge peuvent être envisagés.

• *En ambulatoire ou en institution, devant une dénutrition modérée :* une **supplémentation alimentaire** (éventuellement réalisée avec l'aide d'un[e] diététicien[ne]) vise à augmenter les apports spontanés en privilégiant les aliments protéiques et ceux ayant une forte teneur calorique : laitages, crèmes, beurre, fromages, œufs, pâtes, desserts, etc. L'objectif est d'atteindre un apport calorique de 30 à 40 kcal/kg/j. Il faut veiller à une **hydratation régulière** et suffisante (1 à 1,5 L/j).

L'adjonction de **compléments nutritionnels oraux** (Clinutren®, Fortimel®, Fresubin®, Renutryl®, *etc.*) sous forme de berlingots, briquettes, boîtes ou biscuits apportant sous un faible volume une quantité importante de calories et de protéines est souvent nécessaire (mais remboursement limité). Ils doivent être adaptés à la texture et aux goûts préférés du patient (salés, sucrés, parfums, *etc.*). Prescrits 2 fois/j, ils ne doivent pas être pris avant un repas pour préserver l'appétit.

• *En cas d'échec de l'alimentation orale :* une **nutrition entérale par sonde gastrique** doit être discutée. Diverses préparations pharmaceutiques hyperprotéino-énergétiques sont disponibles (Nutrison®, Real Diet®, Sondalis®, *etc.*). Le plus souvent débutée en milieu hospitalier car une surveillance régulière est nécessaire, elle est généralement bien tolérée, en dehors de possibles épisodes diarrhéiques. Complication grave, la pneumopathie d'inhalation par reflux du liquide nutritif doit être prévenue par un faible débit et le maintien du sujet en position demi assise, y compris la nuit.

• *En cas de malabsorption sévère, d'impossibilité ou d'échec de la nutrition entérale :* une nutrition parentérale associant sérum glucosé concentré, solutés d'acides aminés et émulsions lipidiques

Situations particulières (suite)

peut être administrée sur une voie veineuse centrale. Risque infectieux nécessitant des règles d'asepsie strictes et risque carentiel imposant l'apport complémentaire d'acides gras essentiels, de phosphore, de zinc et de vitamines.

Règles hygiénodiététiques

Une activité physique régulière doit être assurée lorsqu'elle est possible : marche, escaliers, etc ou kinésithérapie en cas d'alitement.

Cas particuliers

- Dans l'éthylisme chronique, compenser systématiquement pendant plusieurs semaines une carence en vitamines B1 et B6 :
  - **thiamine cp à 250 mg :** 2 cp/j ;
  - **pyridoxine cp à 250 mg :** 2 cp/j.
- Chez les sujets âgés en ambulatoire, le recours à une aide ménagère ou au portage des repas doit être envisagé.

SURVEILLANCE

- *Initialement, contrôler la tolérance de la supplémentation* : dyspepsie, nausées, diarrhées qui doivent conduire à une adaptation (quantités, horaires, produits, etc).
- *Puis, il est indispensable de vérifier l'efficacité des mesures diététiques* : comptage des prises alimentaires effectives et surveillance de l'évolution de l'état nutritionnel selon une fréquence variable (mensuelle en ambulatoire, hebdomadaire en institution) : IMC, état clinique et psychique, albuminémie.

D

Dépression réactionnelle

RAPPELS

Le trouble dépressif caractérisé est le trouble psychiatrique le plus fréquent (prévalence sur la vie entière : 9 % chez l'homme et 16 % chez la femme). Il multiplie par 30 le risque suicidaire et 10 % des personnes déprimées décèdent par suicide.

Diagnostic Devant un tableau associant de manière variable une humeur dépressive (tristesse, anhédonie, vision pessimiste de l'avenir, dévalorisation), une idéation dépressive (culpabilité, honte, regrets), des troubles du comportement (mutisme et attitude figée, ralentissement moteur et idéique ou au contraire agitation et déambulation, insomnie), une anxiété diffuse et parfois des idées suicidaires. Le tableau doit être installé depuis au moins 6 semaines.

La recherche du cadre nosologique est importante. Repérer une étiologie iatrogène (corticothérapie et/ou interféron) ou médicale générale (lésions cérébrales, dysfonctionnements thyroïdiens ou surrénaliens, maladies de système, hémopathies, carcinomes)

Objectif thérapeutique Amélioration thymique et prévention du risque suicidaire.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Recherche de contre indications* : épisode maniaque.
- *Recherche de terrains à risque* : sujets < 18 ans ou > 65 ans, insuffisance hépatique (réduire la posologie de 50 %), insuffisance rénale (posologies usuelles avec surveillance), grossesse, comitialité, diabète, risque suicidaire (risque de levée d'inhibition).
- *Recherche d'associations contre-indiquées* : IMAO, linézolide, triptans, pimozide, métoprolol, médicaments allongeant l'espace QT
- *Recherche d'associations déconseillées* : imipraminiques, méthadone, antipsychotiques, diurétiques, millepertuis, lithium, AVK, carbamazépine, tramadol.
- *Bilan préthérapeutique* : ISRS → ionogramme (surveillance de la natrémie si sujet à risque). Acide valproïque → transaminases, NFS, bilan de coagulation et temps de saignement.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• **Paroxétine 20 mg :** ½ cp le matin pendant 7 jours puis 1 cp/j si bonne tolérance.
ou

• **Escitalopram 10 mg :** ½ cp/j pendant 7 jours puis 1 cp/j si bonne tolérance.
Le traitement est prescrit jusqu'à stabilisation de l'humeur avec période de consolidation d'au moins 3 mois. Le sevrage doit être progressif.

Règles hygiénodiététiques

- Régularité de la prise médicamenteuse.
- Exercice physique et rythme de vie régulier
- Consommation d'alcool fortement déconseillée.
- Régime alimentaire équilibré.
- Surveillance du sommeil.

Situations particulières

• *En cas de trouble bipolaire,* éviter la prescription d'antidépresseurs qui majorent le risque de cycles rapides : **divalproate de sodium 500 mg,** 1 cp/j puis augmenter très progressivement jusqu'à 1 000 voire 2 500 mg/j (posologie maximale) en deux prises. Surveillance de la NFS, des transaminases, du bilan de coagulation et du temps de saignement à 15 jours puis des transaminases tous les 6 mois.

• *En cas de symptômes psychotiques associés :* **quétiapine LP 300,** 300 à 600 mg/j le soir.

Situations particulières (suite)

- *En cas d'algies associées* : **duloxétine 60 mg**, 1 gél./j. Surveillance mensuelle de la fonction hépatique durant les premiers mois.
- *En cas d'urgence* (mélancolie, catatonie) *ou de symptomatologie incontrôlée avec risque suicidaire majeur* : **électroconvulsivothérapie** à discuter en milieu spécialisé.

SURVEILLANCE

- De l'efficacité du traitement : amélioration des symptômes (sous 3 à 10 semaines chez 95 % des patients), stabilité thymique.
- De la tolérance : troubles de la libido, virage maniaque, risque suicidaire (levée d'inhibition), perte ou gain de poids, tremblements, troubles digestifs, hyponatrémie, asthénie, hyperonirisme.

MESURES COMPLÉMENTAIRES

- Psychothérapie de soutien, relaxation, adaptation du rythme de vie (lutte contre les facteurs de risque), prise en charge d'un éventuel trouble de la personnalité.
- Thérapie cognitivo comportementale : modifier les schémas cognitifs négatifs qui favorisent les rechutes.

NOTES PERSONNELLES

D

Dermatite atopique

RAPPELS

Dermatose inflammatoire chronique, évoluant par poussées, chez des sujets présentant une prédisposition génétique au développement d'affections atopiques : eczéma, asthme, rhinoconjonctivite allergique.

Diagnostic Clinique devant des lésions généralement symétriques et prurigineuses avec une xérose (peau sèche) :
– chez le nourrisson : lésions inflammatoires suintantes avec une évolution plus ou moins croûteuse, siégeant préférentiellement sur les zones de convexités (visage – respect de la région centro-faciale –, zones d'extension des membres) ;
– chez l'enfant de plus de 2 ans et l'adolescent : lésions plus sèches, siégeant aux plis de flexion (plis du coude, creux poplités) et aux extrémités (poignets, mains, chevilles). La lichénification (épaississement de la peau) apparaît progressivement.

Objectif thérapeutique Contrôler l'inflammation (dermocorticoïdes) et lutter contre la sécheresse cutanée (émollients).

➧ *L'éducation du patient ou de ses parents à une utilisation optimale des médicaments est importante.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Rechercher une cassure de la courbe staturopondérale chez l'enfant ou des signes évocateurs d'allergie alimentaire ou respiratoire*

(urticaire, asthme) qui justifieraient une consultation spécialisée et la réalisation de tests allergologiques.

- *Éducation thérapeutique des parents* et lutter contre la « cortcophobie ». Vaincre la réticence d'application. Expliquer la gêne liée au prurit ressentie par le nourrisson (agitation, pleurs, troubles du sommeil). Appliquer des quantités de dermocorticoïdes plus importantes et moins longtemps (améliore l'efficacité du traitement).
- Reprendre sans attendre les dermocorticoïdes lors des rechutes qui sont inéluctables. Expliquer que les effets secondaires sont rares quand la prescr ption est bien suivie.
- Laisser une « liberté » quant à l'application des dermocorticoïdes. La décroissance progressive est d'usage pour limiter un effet rebond mais aucune étude n'a prouvé le bien-fondé de cette pratique.
- *Former les parents aux signes de surinfection* bactérienne (pustules, croûtes jaunâtres et adénopathies) ou virale (présence de vésiculopustules plus ou moins hémorragiques ou nécrotiques pouvant être accompagnées de signes généraux) nécessitant une consultation urgente.
- Rassurer les parents quant à l'évolution : guérison le plus souvent avant l'âge de 4 ans (70 %) et avant 10 ans dans 90 % des cas. Seuls 2 % des cas se prolongent à l'âge adulte.
- *Rechercher une contre-indication aux corticoïdes topiques* : infection cutanée, lésions ulcérées, acné.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• Préparation magistrale (ou autre crème émolliente) :
– **glycérolé d'amidon :** 30 g ;
– **Cold cream® fluide/lait :** QSP 300 mL ; 1 application le soir à la sortie du bain sur l'ensemble du corps ; 1 pot/15 jours (ou /mois) ; QSP 6 mois.

• **Fluticasone propionate crème à 0,05 % :** appliquer 1 seule fois/j (à distance de l'application de l'émollient) jusqu'à amélioration des lésions cutanées (entre 5 et 8 jours). 3 tubes pour 6 mois, soit 45 mg, pour un nourrisson de moins d'1 an ; 6 tubes pour 6 mois, soit 90 mg, pour un enfant d'1 an et plus. Compter le nombre de tubes utilisés.
Pas d'application sur les paupières (risque de glaucome).

• L'application de fluticasone et celle des émollients doivent être séparées d'au moins 2 h.

Règles hygiénodiététiques

• **Bains toutes les 48 heures chez le nourrisson** pour éliminer les croûtes, en utilisant une eau tiède (33 à 35 °C) et un **Syndet liquide** (*synthetic detergent* : produit de toilette non détergent).

• Poursuite des émollients même en l'absence de poussée d'eczéma.

• **Éviction des facteurs irritants :** chaleur, laine, etc. Conseiller le port de vêtements en coton, en soie ou en polyester à fibres fines.

• **Ne pas retarder la diversification alimentaire (entre 4 et 6 mois).** Les œufs, le poisson, les aliments contenant de l'huile d'arachide, les fruits exotiques seront introduits aux alentours de 10 mois. Les laits dits « hypoallergéniques » n'ont pas fait la preuve de leur efficacité.

• Appliquer normalement le calendrier vaccinal.

Situations particulières

Le bénéfice clinique de l'éviction des pneumallergènes domes tiques n'est pas clairement établi.

SURVEILLANCE

- De l'efficacité du traitement : régression des lésions cutanées et des signes fonctionnels.
- *Évaluer la consommation de dermocorticoïdes en comptant le nombre de tubes.* Pour éviter les excès, il est possible de fixer avec les parents un nombre de tubes maximal à utiliser par période de 6 mois 45 mg, soit 3 tubes chez le nourrisson, et 90 mg, soit 6 tubes chez l'enfant de plus d'1 an.
- De la tolérance des dermocorticoïdes et de l'apparition d'effets secondaires éventuels : atrophie cutanée, télangiectasies, vergetures (à la racine des membres notamment, et survenant plus volontiers en période péripubertaire), dermite périorale. Les effets généraux sont exceptionnels : freinage de l'axe corticotrope et retard de croissance.

NOTES PERSONNELLES

D

Dermatophytie de la peau glabre

RAPPELS

Liée le plus souvent à des champignons zoophiles tels que *Microsporon canis*, qui s'acquièrent par contact avec un animal à poils (chat, lapin, hamster, etc), lui-même contaminé.

Diagnostic Clinique devant des lésions arrondies ou arciformes à extension centrifuge et guérison centrale, à bordures érythématosquameuses et vésiculeuses. Un diagnostic mycologique est recommandé avant le début de tout traitement antifungique.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

Rechercher un antécédent d'effets secondaires sous terbinafine, rechercher une anomalie du bilan hépatique et prévenir le patient qu'il doit arrêter immédiatement le traitement et consulter en cas de survenue d'une éruption cutanée.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

- *Lésions peu étendues* : **bifonazole 1 % crème** ou **omoconazole 1 % crème**, 1 application le soir sur les lésions pendant 6 à 8 semaines. Éviter le contact avec les yeux.
- *Lésions étendues, multiples ou folliculaires* :

– adulte : **terbinafine,** 1 cp à 250 mg/j, 2 à 4 semaines;
– enfants : **griséofulvine,** 20 mg/kg/j en 2 prises, à prendre avec un aliment gras (lait non écrémé par exemple) pendant 4 semaines.
En cas de persistance des lésions, le traitement peut être prolongé jusqu'à 8 semaines (**surveillance de la numération formule** sanguine à un mois).
Chez les enfants de moins de 6 ans, broyer finement les comprimés.

Mesure associée

Dépistage et traitements des animaux sources pour éviter les récidives.

SURVEILLANCE

Rechercher les effets indésirables de la terbinafine : **bilan hépatique, rénal et hématologique** préalable puis mensuel. Arrêter le traitement et consulter en cas de fièvre, angine, infection, lésions cutanées, urines foncées.

D

Dermatophytie unguéale, plantaire, interorteil, inguinale

RAPPELS

L'é le plus souvent au champignon anthropophile *Trichophyton rubrum* de contamination interhumaine, l'intertrigo interorteils à dermatophytes touche jusqu'à 15 % de la population. Il peut s'associer à une atteinte plantaire et/ou unguéale source de récidive. Une atteinte inguinale peut également être associée.

Diagnostic Devant des lésions sèches ou suintantes, plus ou moins fissurées, touchant le plus souvent les 3e et 4e espaces interorteils. L'atteinte plantaire se caractérise par un aspect squameux d'une ou des deux plantes avec un aspect blanchâtre des plis. Les ongles de pieds atteints présentent une hyperkératose sous unguéale et une onycholyse débutant sur la partie distale et latérale de l'ongle et s'étendant progressivement à la totalité de l'ongle jusqu'à sa base (atteinte matricielle). Si un traitement par voie systémique est envisagé pour une atteinte plantaire et/ou unguéale, la présence d'un champignon pathogène doit être confirmée au préalable par un examen mycologique.

Objectif thérapeutique Guérir les lésions d'intertrigo et prévenir les récidives notamment dans le cadre de la prévention des érysipèles récidivants.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *En raison des effets secondaires graves* (exceptionnels) et d'une efficacité inconstante, le traitement par terbinafine par voie orale ne sera proposé qu'en cas de facteur de risque (antécédents d'érysipèle, diabète, artériopathie des membres inférieurs) ou en cas de gêne importante pour le patient.

• *Rechercher un antécédent d'effets secondaires sous terbinafine,* rechercher une anomalie du bilan hépatique et prévenir le patient qu'il doit arrêter immédiatement le traitement et consulter en cas de survenue d'une éruption cutanée.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance en cas d'intertrigo interorteil ou inguinal

Bifonazole 1 % crème ou **omoconazole 1 % crème** : 1 application le soir sur les lésions pendant 4 semaines. Éviter le contact avec les yeux.

Ordonnance en cas de dermatophytie plantaire

Terbinafine : 1 cp à 250 mg/j pendant 2 à 4 semaines.

Ordonnance en cas d'onychomycose

• *Si atteinte distale ou latérale isolée affectant moins de 4 ongles :*
– **bifonazole 1 % + urée 40 % pommade** : appliquer une fois par jour la quantité nécessaire pour recouvrir tout l'ongle infecté. Maintenir en place sous pansement occlusif pendant 24 heures. Avant chaque renouvellement, baigner l'ongle dans l'eau chaude et éliminer la partie ramollie à l'aide du grattoir. Renouveler ainsi jusqu'à élimination complète de l'ongle pathologique. Selon l'étendue de l'atteinte et l'épaisseur de l'ongle, 1 à 3 semaines de traitement sont nécessaires. Puis **bifonazol 1 % crème** : une fois la partie malade éliminée, appliquer la crème sur le lit de l'ongle jusqu'à la repousse, ou
– **amorolfine solution filmogène** : appliquer une fois par semaine ;
– **ciclopirox 8 % solution filmogène** : appliquer une fois par jour, de préférence le soir, une fine couche sur l'ensemble du plateau unguéal de tous les ongles infectés. Auparavant, il est recommandé d'ôter les parties libres des ongles malades en utilisant un coupe-ongles ou une lime. Une fois par semaine, pendant toute la durée du traitement, l'utilisation d'une solution dissolvante permet d'enlever la couche filmogène qui pourrait nuire à la pénétration du principe

Ordonnance en cas d'onychomycose (suite)

actif. Le traitement doit se poursuivre jusqu'à guérison clinique et repousse de l'ongle sain (habituellement entre 3 [onychomycose des doigts] et 6 mois [onychomycose des orteils]).

- *Si atteinte matricielle ou distale de plus de 4 ongles :*

– **terbinafine :** 1 cp à 250 mg/j pendant 6 mois;
– **ciclopirox 8 % solution filmogène :** *cf.* modalités de prescription ci-dessus.

Règles hygiénodiététiques

- Toilette au savon doux puis bien sécher les pieds et les espaces interorteils.
- Éviter les recontaminations à partir notamment des chaussures, des tapis de bains, *etc.*

SURVEILLANCE

Rechercher les effets indésirables de la terbinafine : **bilan hépatique, rénal et hématologique** préalable puis mensuel. Arrêter le traitement et consulter en cas de fièvre, angine, infection, lésions cutanées, urines foncées.

NOTES PERSONNELLES

D

Dermatose du siège chez le nourrisson

RAPPELS

Pathologies fréquentes et souvent transitoires, les dermatoses du siège correspondent à deux situations cliniques.

Diagnostic

• Dermatite des convexités dessinant un « W » : l'étiologie la plus fréquente est la dermatite d'irritation située sur les zones de frottement des langes à distance des plis survenant chez le nourrisson entre 0 et 12 mois. La peau est vernissée, érythémateuse, les localisations sont les cuisses, les fesses, le scrotum ou les grandes lèvres. L'irritation du siège est directement liée au temps de contact de l'urine avec la peau.

• Dermatite des plis : il existe les dermites périorificielles (érythème périanal au cours d'une diarrhée *etc*) et les intertrigos microbiens ou candidosiques. Au moindre doute, des prélèvements doivent être réalisés.

Objectif thérapeutique Soulager l'inconfort du nourrisson et cicatriser les lésions.

➧ *Les règles d'hygiène et l'éducation des parents sont tout à fait essentielles à titre curatif et préventif*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

Éliminer une dermatose infectée : papules et érosions.

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

Dexpanthénol 5 % pommade : 1 application après chaque change jusqu'à guérison. Éviter tout contact avec les yeux.

Règles hygiénodiététiques

- **Augmenter la fréquence des changes.** Nettoyage à l'eau tiède, sécher en tamponnant. Maintenir le siège à l'air quand cela est possible.
- Arrêter l'utilisation éventuelle des cosmétiques (laits nettoyants, crèmes parfumées).
- Pas de dermocorticoïdes dont l'occlusion (langes) augmenterait l'absorption.

Situations particulières

Une dermatose du siège résistant au traitement bien conduit doit faire rechercher des causes plus rares et adresser le patient à une consultation spécialisée.

SURVEILLANCE

- De l'évolution favorable locale en quelques jours et de l'absence d'intolérance. Le dexpanthénol contient de la lanoline (graisse de laine) et peut provoquer des réactions cutanées (eczéma par exemple).
- *L'érythrodermie desquamative de Leiner-Moussous* touchant le nourrisson avant l'âge de 6 mois doit être envisagée devant une extension de l'érythème sur l'ensemble du corps avec une desquamation. Cette pathologie rare liée à une levure du genre *Malassezia* évolue spontanément de façon favorable et sans cicatrices.

D

Dermite séborrhéique de l'adulte

RAPPELS

Dermatose chronique fréquente, en particulier chez l'homme de 20 à 40 ans, évoluant par poussées et touchant principalement le cuir chevelu et le visage.

Diagnostic Clinique devant la présence de plaques érythémateuses recouvertes de squames grasses situées dans les sillons nasolabiaux, les sourcils et à la limite front cuir chevelu et/ou de squames du cuir chevelu (« pellicules grasses »). Une plaque présternale arrondie peut également être observée, de même qu'une atteinte des conduits auditifs externes et de la zone génitale. Les lésions du cuir chevelu peuvent être prurigineuses. Les patients rapportent une évolution chronique par poussées. Le principal diagnostic différentiel est le psoriasis.

Objectif thérapeutique Réduire les symptômes et la durée d'évolution d'une poussée (traitement d'attaque) et diminuer la fréquence des poussées (traitement d'entretien). Ces objectifs, le caractère non curatif du traitement, ainsi que l'évolution chronique de la maladie doivent être expliqués au patient.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

Rechercher les contre-indications aux corticoïdes topiques : infection cutanée, lésions ulcérées, acné.

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• Sur le cuir chevelu : **shampooing kétoconazole à 2 %** ou **shampooing de ciclopiroxolamine**, 2 à 3 fois/semaine pendant un mois en traitement d'attaque puis 1 fois/semaine en traitement d'entretien.
Laisser agir le shampooing 5 minutes avant de rincer

• Sur les lésions du visage ou du torse : **ciclopiroxolamine 1 % crème** ou **kétoconazole 2 % crème**, 2 fois/j au moment des poussées et 1 fois/j ou 1 jour sur 2 en traitement d'entretien.

Règles hygiénodiététiques

Soins de peau à maintenir au long cours :
– toilette du visage avec un savon sans savon : **pain dermatologique** ou **Syndet** *(synthetic detergent)* ou une **eau micellaire**;
– crème émolliente sur le visage : application le matin sur les zones atteintes.

Situations particulières

En cas de poussée très inflammatoire, un corticoïde local de niveau II peut être prescrit les 2 ou 3 premiers jours puis relayé par une crème antifungique :
– **désonide 0,05 % ou 0,1 % crème :** 1 application le soir sur le visage pendant 2 à 3 jours.
– **hydrocortisone 17-butyrate 0,1 % micronisée émulsion :** appliquer sur le cuir chevelu pendant 4 à 5 jours.
Ce traitement ne doit pas être répété et doit rester réservé à des poussées importantes en raison des risques d'effets secondaires locaux liés à l'application de dermocorticoïdes sur le visage (en particulier survenue d'une rosacée).

D

Diabète de type 2

RAPPELS

Le diabète sucré est une maladie chronique dont la prévalence, qui s'accroît avec l'âge, est d'environ 5 %. Caractérisé par une hyperglycémie, il favorise les infections et entraîne des complications microvasculaires (rétinopathie, néphropathie, neuropathie) et macrovasculaires (infarctus du myocarde, AVC, artériopathies périphériques), responsables d'une mortalité précoce. Le diabète de type 2, le plus fréquent (90 %), survient généralement après 40 ans chez des sujets sédentaires et en surpoids. Il associe une insulinorésistance et un défaut d'insulinosécrétion.

Diagnostic Établi par :
– une glycémie supérieure à 1,26 g/L (7,0 mmol/L) après un jeûne de 8 heures, contrôlée à deux reprises ;
– ou des symptômes de diabète (polyurie, polydipsie, amaigrissement) associés à une glycémie > 2 g/L (11,1 mmol/L).

Objectif thérapeutique
• À terme, prévenir les complications cardiovasculaires et réduire la mortalité.
• Dans l'immédiat, réduire l'hyperglycémie, ses symptômes et ses complications éventuelles.

➡ *Le contrôle glycémique doit être individualisé selon les patients. Généralement, une cible d'HbA1c ≤ 7 % est recommandée (≤ 6,5 % si diabète récent chez sujet jeune, sans ATCD CV).*

➡ La metformine constitue le médicament de référence après la mise en place de mesures hygiénodiététiques, l'ensemble nécessitant une éducation thérapeutique

➡ L'adjonction de sulfamides hypoglycémiants, d'inhibiteurs des alphaglucosidases ou de la DDP-4, de glinides voire d'une insulinothérapie doit être envisagée si l'objectif glycémique n'est pas atteint.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• Rechercher un diabète secondaire : diabète MODY chez un sujet jeune, hémochromatose, pancréatite chronique, corticothérapie, cirrhose du foie.

• Mettre en place des mesures hygiénodiététiques (cf. paragraphe suivant) qui sont susceptibles à elles seules de contrôler le trouble métabolique.

• Rechercher des complications précoces de la maladie et/ou une dyslipidémie associée : bilan ophtalmologique, cardiovasculaire et rénal. La fonction rénale conditionne les possibilités thérapeutiques et les adaptations nécessaires.

• Rechercher des contre-indications :
– metformine et sulfamides: acidocétose diabétique, insuffisance rénale sévère (ClCr < 30 mL/min) ou affections aiguës susceptibles d'altérer la fonction rénale (déshydratation, choc, insuffisance cardiaque, etc.), insuffisance hépatocellulaire;
– sulfamides : porphyries, miconazole (hypoglycémies);
– inhibiteurs des alphaglucosidases : maladie chronique du tube digestif;
– inhibiteurs de la DPP-4 : insuffisance cardiaque, pathologie hépatique;
– glinides : inhibiteurs et inducteurs enzymatiques, insuffisance hépatique.

• Rechercher des situations à risques ou des associations déconseillées : alcoolisme, grossesse et allaitement (préférer l'insulinothérapie),

corticoïdes, danazol (diabétogène), kétotifène. Sulfamides : déficit en G6PD.

• *Recherche d'associations à utiliser avec précautions :* diurétiques, neuroleptiques. Sulfamides : allopurinol, AVK, bêtabloquants, fluconazole, IEC (majoration de l'effet), clarithromycine et érythromycine (hypoglycémie), analogues de la somatostatine. Glinides : AINS, bêtabloquants, IEC, IMAO, trimétoprime, alcool.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance en première intention, si les mesures hygiénodiététiques sont insuffisantes

Metformine 500 ou 1 000 mg : posologie initiale de 500 mg 2 à 3 fois/j au cours des repas, adaptée après 15 jours en fonction de la glycémie ; une augmentation progressive peut permettre d'améliorer la tolérance gastrointestinale. La dose maximale est de 3 g/j en 3 prises.

NB : le traitement doit être suspendu 2 jours avant une intervention chirurgicale ou des examens d'imagerie avec un produit de contraste iodé (hydrater les patients). La nécessité d'une administration transitoire d'insuline dépend de la sévérité du diabète.

Ordonnance en deuxième intention, si l'objectif de contrôle glycémique n'est pas atteint

Adjonction en bithérapie de **metformine** (ci-dessus) + un sulfamide hypoglycémiant: **glibenclamide**, cp sécables 5 mg. Posologie initiale de 2,5 mg 2 à 3 fois/j avant les repas, adaptée après 15 jours en fonction de la glycémie. Une augmentation progressive est nécessaire avec une dose maximale de 15 mg/jour en 3 prises.

NB : le risque d'hypoglycémie, ses symptômes et son traitement ainsi que les conditions favorisantes doivent être expliqués au patient et à sa famille.

Ordonnance en troisième intention, si l'objectif glycémique n'est toujours pas atteint et si l'écart à l'objectif est inférieur à 1 % d'HbA1c

Une trithérapie avec adjonction d'un inhibiteur des alphaglucosidases ou de la DPP 4 peut être proposée :

Ordonnance en troisième intention (suite)

– **acarbose 50 mg :** débuter à dose progressive, **1** cp 3 fois/j au début des repas puis si nécessaire 100 mg 3 fois/j ;

ou :

– **metformine 1 000 + sitagliptine 50 :** 1 cp matin et soir

Mesures hygiénodiététiques

Elles sont essentielles.

• Pratiquer une activité physique régulière d'au moins 30 minutes presque tous les jours et lutter contre la sédentarité.

• Diététique :

– éviter les aliments riches en sucre, en graisses et en calories, en particulier beurre, fromages, charcuterie, pâtisseries;

– réduire l'apport de sucres d'absorption rapide : sodas, desserts sucrés, confiseries, alcools;

– assurer une alimentation variée, régulière et équilibrée;

– assurer une alimentation riche en fibres (fruits, légumes, céréales complètes) ;

– en cas de surpoids, une perte de poids est souhaitable, même modérée (5 %).

• Réduire et si possible interrompre l'exposition au tabac.

• Assurer une bonne hygiène dentaire et corporelle, en particulier au niveau des orteils.

Situations particulières et cibles d'HbA1c recommandées

• *Sujets > 75 ans fragiles (limitations fonctionnelles motrices et cognitives)* : cible ⩽ 8 % (et même < 9 % si dépendance et/ou polypathologies). Si les antidiabétiques oraux ne peuvent pas être utilisés, une insulinothérapie est recommandée avec recours éventuel à une infirmière à domicile.

Ordonnance en troisième intention (suite)

• *Si ATCD de complication macrovasculaire évoluée* : cible < 8 % avec une attention particulière au risque d'hypoglycémie.

• *Si insuffisance rénale chronique* :
– *modérée (ClCr > 30 mL/min)* : cible < 7 % avec des posologies réduites et une attention aux hypoglycémies et aux interactions médicamenteuses. L'utilisation de la metformine impose un renforcement de la surveillance rénale, au moins tous les 3 mois mais aussi en cas d'événements susceptibles d'altérer la fonction rénale;
– *sévère ou terminale (ClCr < 30 mL/min)* : cible ≤ 8 % nécessitant une prise en charge spécialisée. Les seules classes thérapeutiques autorisées sont l'insuline, le répaglinide, les inhibiteurs des alpha glucosidases jusqu'à 25 mL/min et les inhibiteurs de la DPP 4 à posologie adaptée.

• *Patientes enceintes* : un bon contrôle glycémique est nécessaire avant et pendant la grossesse afin d'améliorer le pronostic obstétrical. Une cible < 6,5 % est recommandée avant d'envisager la grossesse puis la mise en place d'un schéma insulinique optimisé et contrôlé par des glycémies capillaires pluriquotidiennes.

SURVEILLANCE

• Initialement, s'assurer de l'amélioration des glycémies à jeun et de la bonne tolérance du traitement par metformine, essentiellement troubles digestifs mais cette molécule n'induit pas d'hypoglycémie. L'adjonction de sulfamides expose à des épisodes hypoglycémiques et à une prise de poids. L'acarbose nécessite le contrôle des transaminases.

• L'autosurveillance glycémique n'est recommandée que si elle est susceptible d'améliorer l'observance mais elle n'est pas systématique.

• Au long cours contrôle de l'adhésion aux mesures hygiénodiététiques, surveillance biologique (glycémie + HbA1c + créatininémie tous les 3 à 6 mois) et bilan annuel des complications dégénératives.

D

Diarrhée aiguë de l'adulte

RAPPELS

La diarrhée correspond à l'émission quotidienne trop fréquente de selles trop abondantes, liquides ou pâteuses. D'origine bactérienne, virale, médicamenteuse, alimentaire voire parasitaire, une diarrhée aiguë régresse habituellement en moins de 10 jours mais elle peut entraîner une altération de l'état général chez des patients à risque (sujets âgés, immunodéprimés).

Diagnostic Clinique : on parle de diarrhée lorsqu'il y a plus de trois selles molles ou liquides par jour *Ne pas confondre* avec *le syndrome dysentérique qui comporte des évacuations glaireuses et sanglantes pouvant ne pas contenir de matières fécales avec habituellement des épreintes et un ténesme*

- Recherche d'indices épidémiologiques : alimentation, antibiotiques, voyages (*turista* liée à *E. coli* entérotoxinogène, parasitose), autres pathologies associées, immunodépression, épidémies *etc*
- La présence de douleurs abdominales, de vomissements, parfois de fièvre avec déshydratation évoque une toxi-infection alimentaire (déclaration obligatoire si collective).
- Devant une diarrhée sévère associée à un traitement antibiotique, une colite à *Clostridium difficile* doit être évoquée.
- En cas de fièvre, de sang dans les selles, de persistance des symptômes > 3 jours ainsi que chez les patients à risque (dont la femme enceinte car risque de listériose), une culture de selles est indiquée.

• Une poussée aiguë d'une entéropathie inflammatoire nécessite une prise en charge spécialisée.

• Chez les sujets HIV+, des hémocultures et une recherche de parasites (*Cryptosporidium, Cyclospora, Microsporidium*) et de virus sont indiquées.

Objectif thérapeutique Réduire la diarrhée, soulager le patient et éviter d'éventuelles complications.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Recherche de contre-indications :*
– lopéramide : dysenterie aiguë invasive, colite pseudomembraneuse post-antibiotique, hépatopathie sévère ;
– ciprofloxacine : grossesse et allaitement, tendinopathies.

• *Recherche d'associations contre-indiquées ou déconseillées :*
– ciprofloxacine : agomélatine, théophylline, ropinirole, nitrofuranes ;
– azithromycine : dérivés de l'ergot de seigle, cisapride, tacrolimus, colchicine ;
– métronidazole : disulfirame.

• *Recherche d'associations à prendre en compte :*
– lopéramide : aminosides *per os* ;
– ciprofloxacine : AVK ; topiques digestifs ;
– azithromycine : ciclosporine ;
– métronidazole : AVK, fluoro-uracile, lithium.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

En l'absence de signe de gravité (sepsis sévère, diarrhée hémorragique fébrile et/ou terrains à risque de décompensation, déshydratation), un traitement symptomatique et des mesures diététiques sont suffisants.

• ***Réhydratation orale***, quantité de liquide à ajuster selon la sévérité des diarrhées, environ 1 à 2 L/ 24 h pour 5 à 10 selles/24 h :
– thé noir/tisane sucré(e), soupes, bouillons ;
– solution de réhydratation orale (SRO) type **Alhydrate®** ou **Hydrigoz®** qui apporte 330 kcal/L, des glucides, du sodium, du potassium et des citrates (la présence de sel et de sucre est nécessaire pour une bonne absorption de l'eau au niveau de l'intestin grêle).

• **Lopéramide®** 2 mg : 2 gél. initialement puis 1 gél. à chaque selle non formée. Dose maximale : 6 gél /24 h (12 mg). À arrêter dès l'apparition de selles molles.

Mesures hygiénodiététiques

• Aliments recommandés :
– féculents raffinés (pain blanc, pâtes, riz blanc, semoule), riches en glucides et pauvres en fibres ;
– légumes : carottes, betteraves, courgettes ;
– fruits : bananes et poires, de préférence cuites.

• Aliments à éviter :
– le lait, mais yaourts ou fromages blancs sont recommandés ;
– les viandes grasses, les poissons au vin et le thon à l'huile ;
– les céréales riches en fibres : pain complet, lentilles, pois chiches, haricots ;
– les végétaux (légumes et fruits), surtout crus ;

Mesures hygiénodiététiques (suite)

– les fruits secs et oléagineux ;
– alcool, épices, poivre, cornichons, moutarde, irritants pour la muqueuse intestinale ;
– jus de fruits en boîte (hyperosmolaires).

• Lavage régulier des mains, en particulier après chaque selle et avant chaque repas.

• Éviter les contaminations par les partages des objets (verres, brosse à dents, etc).

Situations particulières

• *En cas de spasmes intestinaux douloureux :* **phloroglucinol 80 mg,** 2 cp 2 à 3 fois/24 h à la demande pendant quelques jours.

• *En présence de signes et symptômes de gravité et chez les patients à risque* (dont les porteurs d'une prothèse endovasculaire), un traitement antibiotique doit être adjoint d'emblée : **ciprofloxacine 500 mg,** 1 cp 2 fois/24 h au cours des repas pendant 2 à 3 jours.

• *Chez la femme enceinte :* **azithromycine 250 mg,** 2 cp/24 h en une prise pendant 3 jours.

• *Si colite pseudomembraneuse :* **métronidazole 500 mg,** 3 cp/24 h en une prise à chaque repas durant 10 à 14 jours.

SURVEILLANCE

De la régression des troubles en quelques jours. Leur persistance après 4 jours ou un état fébrile nécessitent une analyse des selles, une réévaluation clinique et le plus souvent un traitement antibiotique.

D

Diverticulose et diverticulite coliques

RAPPELS

La diverticulose correspond à de petites hernies muqueuses à travers les couches musculeuses de la paroi digestive. Elle affecte le sigmoïde dans 80 % des cas. Elle est très fréquente (> 30 % après 70 ans) en Occident mais exceptionnelle dans les populations dont l'alimentation est riche en fibres.

La diverticulite, ou infection diverticulaire, est une complication de gravité variable : diverticulite simple, abcès diverticulaire, perforation, fistule, et hémorragies parfois favorisées par les anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Diagnostic

- Diverticulose : diagnostic fortuit en coloscopie ou sur un scanner abdominal.
- Diverticulite sigmoïdienne : elle se manifeste par un tableau douloureux et fébrile de la fosse iliaque gauche, souvent associé à des troubles du transit. La sévérité du tableau varie en fonction des complications. Le diagnostic est confirmé par un examen scanographique abdominal.

Objectif thérapeutique En l'absence de traitement validé dans la prévention du risque de diverticulite chez un sujet atteint de diverticulose, il est logique de traiter une éventuelle constipation mais l'enrichissement de l'alimentation en fibres n'est pas recommandé systématiquement par la Société française de gastroentérologie.

➨ *La diverticulite est une infection relevant d'une antibiothérapie. La prise en charge des complications graves est chirurgicale. Les abcès collectés peuvent être traités par drainage radiologique pour permettre une résection intestinale « à froid » avec rétablissement immédiat de la continuité digestive.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- Effectuer un diagnostic lésionnel précis.
- S'assurer de l'absence d'allergie aux antibiotiques, de l'absence de grossesse pour les quinolones, d'interactions médicamenteuses (AVK).
- Contrôler la fonction rénale.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Le traitement d'une diverticulite simple peut se faire à domicile. L'hospitalisation est indiquée en cas de signes d'irritation péritonéale, d'intolérance digestive, d'absence d'amélioration après 48 à 72 heures de traitement ambulatoire, de terrain fragilisé, et/ou de signes de gravité scanographiques.

Ordonnance pour antibiothérapie en ambulatoire

- **Amoxicilline-acide clavulanique :** 1 g toutes les 8 heures per os pendant 7 jours.
- Ou, *en cas d'allergie aux bêtalactamines :* **ofloxacine** 400 mg 2 fois/j + **métronidazole** 500 mg 3 fois/j *per os* pendant 7 jours.

Ordonnance pour les formes sévères : en hospitalisation avec traitement débuté en intraveineux

- **Amoxicilline-acide clavulanique :** 1 g toutes les 8 heures pendant 7 à 10 jours en IV lente.
- Ou, *en cas d'allergie aux bêtalactamines :* **ofloxacine** 200 mg toutes les 12 heures par voie IV lente + **métronidazole** 500 mg 3 x/j en perfusion de 30 min.

Le retour à la voie orale doit être envisagé sitôt que l'état du malade le permet, selon les mêmes modalités que le traitement des formes ambulatoires.

Règles hygiénodiététiques

En l'absence d'intolérance digestive, de signes généraux sévères ou de signes péritonéaux, l'alimentation orale est possible mais **sans résidu strict**.

Situations particulières

- *Les formes compliquées* (abcès, fistules, perforation péritonéale) relèvent d'une prise en charge chirurgicale.
- *Les formes bénignes* mais récidivantes peuvent justifier une sigmoïdectomie.

SURVEILLANCE

- *À la phase aiguë*, elle porte sur les signes cliniques (température, diurèse) et l'évolution des signes abdominaux (douleur, défense, transit intestinal).
- *Dans les formes sévères*, une surveillance biologique (CRP, fonction rénale) est nécessaire.

NOTES PERSONNELLES

D

Douleur aiguë

RAPPELS

La douleur est générée par trois mécanismes distincts, qui peuvent toutefois être intriqués :

– **la douleur nociceptive**, véritable signe d'alarme concernant l'intégrité de l'organisme. Son expression clinique et son intensité sont très variables selon sa localisation et son mécanisme. Il est nécessaire d'établir un diagnostic étiologique précis pour ne pas masquer les signes d'une pathologie potentiellement grave (appendicite par exemple);

– **la douleur neurogène** provient directement du système nerveux (lésion, traumatisme, *etc*). Elle est généralement ressentie sous formes de brûlures, d'élancements ou de décharges électriques dans le(s) territoire(s) concerné(s), avec une évolution souvent chronique (> 3 mois);

– **la douleur psychogène** est ressentie comme une souffrance, parfois intense, en l'absence de lésion identifiable. Généralement chronique et peu sensible aux antalgiques, elle est liée à la somatisation de problèmes psychiques ou sociaux et relève d'une prise en charge spécifique.

Diagnostic La perception de la douleur et de son intensité étant subjective, il est nécessaire d'avoir recours à des échelles d'évaluation de la douleur. La plus simple est une autoévaluation numérique par le patient, chiffrée de 1 à 10 (douleur insupportable maximale) ou une échelle visuelle analogique (EVA) sur une réglette graduée de 1 à 100. Cet outil permet une meilleure appréciation de l'évolution de la douleur sous traitement.

Objectif thérapeutique Soulager le malade, traiter la cause si possible et prévenir le passage à la chronicité.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Dans tous les cas, il est nécessaire d'effectuer des hypothèses diagnostiques* qui devront être inventoriées secondairement car le traitement de la douleur peut masquer les symptômes et les signes d'une pathologie sous jacente.

• *Paracétamol :*
– recherche de contre-indications : hépatopathie et insuffisance hépatocellulaire;
– risque de surdosage : recherche des médicaments déjà pris et information sur les spécialités contenant du paracétamol et sur la posologie maximale.

• *AINS :*
– recherche de contre-indications : ulcère digestif évolutif, insuffisance hépatique ou rénale sévère, grossesse;
– recherche d'un terrain à risque : antécédent d'ulcère digestif, de pathologie cardiovasculaire thrombotique insuffisance rénale, insuffisance cardiaque ;
– recherche des associations contre-indiquées ou déconseillées : anticoagulants, lithium, méthotrexate, ticlopidine, aspirine à forte dose.

• *Opiacés :*
– recherche de contre-indications : insuffisance respiratoire ou hépatique sévère, traumatismes crâniens, hypertension intracrânienne, épilepsie non contrôlée, *delirium tremens*, alcool ou autres dépresseurs du SNC, IMAO, grossesse, allaitement;
– risque de surdosage et de dépendance à surveiller.

PRESCRIPTIONS

Ordonnance devant une douleur aiguë nociceptive

Le traitement dépend du type de douleur et de son intensité. Trois niveaux de puissance d'antalgiques ont été établis par l'OMS :
– niveau I pour douleurs légères à modérées (EVA < 30) : paracétamol, salicylés, AINS auxquels il convient d'adjoindre les antispasmodiques;
– niveau II pour douleurs modérées à sévères (EVA 30 à 70) : opioïdes faibles ou forts : codéine, tramadol, opium, buprénorphine, nalbuphine;
– niveau III pour douleurs intenses (EVA 50 à 100) : morphine, hydromorphone, oxycodone, péthidine, fentanyl

• *Prescription de niveau I*, **paracétamol :**
– A et E > 15 ans : 500 à 1 000 mg, 1 à 4 fois/j toutes les 6 h (ne pas dépasser 4 g/j);
– E < 15 ans : 15 mg/kg, 1 à 4 fois/j toutes les 6 h.

• *Prescription de niveau II :*
– A et E > 15 ans : **paracétamol 500 mg + codéine 30 mg**, 1 à 2 cp 1 à 3 fois/j (ne pas dépasser 6 cp/j);
ou **tramadol 37,5 mg + paracétamol 325 mg**, 1 à 2 cp, toutes les 4 à 6 h sans dépasser 8 cp/ ;
– E > 1 an : **codéine sirop**, 3 mg/kg/j de codéine en 4 à 6 prises.

• *Prescription de niveau III, sur ordonnance sécurisée, avec identification du médecin, posologie en toutes lettres et durée maximale de 28 jours :*
– A : **sulfate de morphine** PO, dix milligrammes à répéter toutes les 4 à 6 heures, avec un accroissement très progressif des doses, en particulier chez le sujet âgé + **lactulose**, 1 à 3 sachet/j à titre systématique en prévention de la constipation;
– E : **sulfate de morphine** PO, 0,5 mg/kg (sans dépasser 20 mg) puis 0,2 mg/kg toutes les 4 heures + **lactulose**, 0,25 mg/kg/jour

Ordonnance en cas de douleurs aiguës très intenses

Une titration morphinique par voie IV peut être instituée en milieu hospitalier sous surveillance étroite.

Morphine injectable 10 mg

– amener l'ampoule de 1 mL à un volume de 10 mL en diluant avec de l'eau ppi pour obtenir 1 mL = 1 mg;
– injecter la dose initiale (2 mg) en 1 à 5 minutes puis réinjecter 2 mg par 2 mg toutes les 6 à 10 min jusqu'à sédation de la douleur;
– associer un antiémétique, **dropéridol injectable 1,25 mg :** chaque 1 mg de morphine est couplé à 0,1 mg de dropéridol en IV lente (dose maximale journalière 5 mg);
– surveiller en permanence : conscience, pupilles, fréquences respiratoire et cardiaque, PA et les effets indésirables: nausées, prurit, globe vésical;
– oxygénothérapie à 3 L/min au masque;
– la poursuite de l'antalgie peut s'effectuer par des bolus de 2 mg IV autoadministrés ou par titration morphinique par voie orale.

SURVEILLANCE

- De l'évolution de la douleur sur l'échelle EVA, qui doit faire adapter la posologie ou le niveau d'antalgie.
- De la tolérance du traitement, en particulier des opiacés chez les sujets âgés : nausées, céphalées, somnolence, confusion, dépression respiratoire, rétention urinaire.
- De possibles comportements addictifs avec les antalgiques opiacés.
- Envisager des traitements complémentaires parfois essentiels : glace (arthrite), immobilisation (fracture), infiltration (sciatique), incision (abcès, hématome), etc

D

Dysménorrhée

RAPPELS

Diagnostic Douleurs abdominopelviennes cycliques, rythmées par les règles, survenant juste avant leur début, durant le plus souvent un jour ou deux, parfois jusqu'après les règles. La douleur menstruelle est l'expression d'une hypoxie tissulaire consécutive à l'hypercontractilité du myomètre et à la vasoconstriction de ses artérioles. Les dysménorrhées peuvent être primaires (s'installant progressivement au cours des deux années suivant la ménarche), ou secondaires (survenant ultérieurement). Ces douleurs sont d'intensité variable allant de la simple gêne à la douleur paroxystique aiguë, et sont spécifiques de l'apparition du flux menstruel. Elles s'accompagnent parfois d'autres manifestations : lipothymies, nausées, troubles intestinaux, migraines. Les dysménorrhées primaires sont le plus souvent dites « essentielles » ou fonctionnelles (dans un contexte de trouble du cycle, spanioménorrhée).

Objectif thérapeutique Réduire ou supprimer la période douloureuse et corriger une éventuelle cause organique sous-jacente.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Rechercher des troubles du cycle associés* évoquant des dysménorrhées fonctionnelles.

• *Rechercher une cause organique de la dysménorrhée* (qui nécessitera une prise en charge spécifique) en cas de :
– dysménorrhée secondaire : rechercher en particulier une endométriose pelvienne ou une infection génitale haute;
– dysménorrhée primaire très intense s'accroissant à chaque menstruation : éliminer une malformation vaginale avec hématocolpos.

• *Rechercher une contre-indication aux AINS* : allergie connue, ulcère gastroduodénal en évolution, antécédent d'hémorragie ou de perforation digestive au cours d'un traitement par AINS, insuffisance hépatique ou rénale sévère, grossesse, précaution d'emploi en cas d'anomalies de l'hémostase avec risque hémorragique.

• *Rechercher des associations à prendre en compte pour la prise d'AINS* : anticoagulants, antiagrégants plaquettaires, lithium, méthotrexate, pémétrexed.

• *Rechercher une contre-indication ou des précautions d'emploi aux œstroprogestatifs.*

• *Évaluer la nécessité ou non d'une contraception.*

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• **Flurbiprofène :** 1 cp à 100 mg au cours d'un repas en cas de douleurs, à renouveler 2 à 3 fois/j selon les douleurs. Ce traitement pourra être répété le nombre de jours nécessaire, selon la durée de la dysménorrhée.

• En cas d'efficacité insuffisante des AINS ou de nécessité de contraception, associer une contraception œstroprogestative : **éthynilestradiol 20 µg + lévonorgestrel 100 µg**, 1 cp/j à heure fixe, à commencer la première fois le premier jour du cycle, puis à prendre pendant 21 jours, arrêt 7 jours, puis reprise 21 jours et ainsi de suite (une prise en continu est possible).

Règles hygiénodiététiques

• Un traitement antalgique (paracétamol : 1 g en 1 prise) ou antispasmodique (phloroglucinol 80 mg : 2 cp en 1 prise) peut être associé.

• L'application locale d'une vessie de glace, ou d'une bouillotte chaude, la prise d'un bain chaud peuvent aider à réduire les douleurs.

• La pratique de la relaxation et/ou un soutien psychologique sont parfois nécessaires en cas de dysménorrhée invalidante.

Situations particulières

• *En cas de dysménorrhée secondaire*, un traitement étiologique est nécessaire
– en cas de suspicion d'*endométriose pelvienne* ou d'adénomyose, un traitement spécif que pourra être mis en place;

Situations particulières (suite)

– en cas d'*anomalie associée du cycle menstruel* (notamment spanioménorrhée ou mastodynies cycliques) et en l'absence de besoin de contraception, un traitement par **progestérone, 1 capsule à 200 mg** par voie orale du 1er au 25e jour, permet de rétablir la régularité des cycles et améliore la dysménorrhée fonctionnelle.

• *En cas de persistance de la dysménorrhée sous AINS et contraception œstroprogestative discontinue*, on prescrira la contraception œstroprogestative en continu (28 jours sur 28), en prévoyant classiquement un arrêt de 7 jours toutes les 12 semaines (84 jours).

SURVEILLANCE

• Efficacité et tolérance du traitement 3 mois après l'instauration.

• En cas de traitement œstroprogestatif : examen clinique entre 3 et 6 mois après l'initiation puis une fois par an (taille, poids, IMC, tension artérielle, examen gynécologique selon âge et activité sexuelle, examen mammaire), bilan biologique (cholestérol total, triglycérides, glycémie à jeun) 3 à 6 mois après l'instauration, à renouveler tous les 5 ans.

NOTES PERSONNELLES

E

Eczéma de contact

RAPPELS

Suite à une sensibilisation cutanée à de petites molécules (haptènes), il s'agit d'une réaction d'hypersensibilité retardée déclenchée par un nouveau contact de la peau avec la ou les substances concernées. L'eczéma de contact peut être associé à l'eczéma atopique en particulier dans le cas des dermatites des mains.

Diagnostic

- La forme aiguë, la plus fréquente, se manifeste par des plaques rouges et sèches à bords irréguliers, puis l'apparition de vésicules remplies de liquide clair Ces dernières se rompent spontanément ou sous l'effet du grattage lié aux démangeaisons importantes avec formation de croûtes qui laissent une peau normale sans cicatrice. Ces lésions apparaissent au niveau de la peau en contact avec l'allergène (b joux, cosmétiques, vêtements, crèmes, produits professionnels [ciment, colles, teintures, engrais, etc.]) puis diffusent, pouvant parfois s'étendre sur tout le corps.
- La forme chronique, souvent observée au niveau des mains et des pieds, est caractérisée par une peau épaissie, craquelée, f ssurée et plus foncée.
- L'interrogatoire recherche des circonstances de déclenchement et un allergène particulier. Une biopsie cutanée peut être réalisée en cas de doute diagnostique.

Objectif thérapeutique

• À court terme, soulager les symptômes, éviter la surinfection locale et faire disparaître les lésions cutanées → utilisation de dermocorticoïdes.
• Au long cours, éviter la récidive des poussées → éviction de l'allergène.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Écarter une dermite d'irritation* : lésions érythémato-squameuses, souvent fissuraires et crevassées, mais généralement ni vésiculeuses, ni suintantes.
• *Écarter une dermite atopique* dont les lésions atteignent de façon symétrique les zones convexes du visage (avec un respect assez net de la région médio faciale) et des membres sur un terrain ancien d'eczéma récidivant.
• *Le diagnostic par tests épicutanés ou patch-tests* est essentiel pour identifier formellement l'allergène dont l'éviction est primordiale.
• *Rechercher une contre-indication aux dermocorticoïdes* : infections cutanées d'origine bactérienne, virale, mycosique ou parasitaire (gale) ; acné ; rosacée ; lésions ulcérées.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• Dermocorticoïdes de niveau d'activité forte à très forte pendant 1 à 2 semaines : **clobétasol propionate** *crème à 0,05 %*, à appliquer 1 à 2 fois/jour en couche fine sur la surface à traiter et faire pénétrer par léger massage, jusqu'à ce que la crème soit entièrement absorbée. Se laver les mains après application. (Une augmentation du nombre d'applications quotidiennes risque d'aggraver les effets indésirables sans améliorer l'effet thérapeutique.)
L'adjonction d'antihistaminiques est inutile.

• Après la poussée d'eczéma, **une crème hydratante** est conseillée pour lutter contre la sécheresse de la peau. Cependant, certains ingrédients de ces crèmes peuvent favoriser l'eczéma → interroger les patients sur leurs habitudes et limiter la durée.

• *Une corticothérapie générale* est rarement nécessaire (poussée suraiguë et/ou atteinte diffuse) : **prednisone** 15 à 30 mg/j pendant 3 à 7 jours, puis dégression.

Mesures hygiénodiététiques

• *L'éviction la plus totale de l'allergène* constitue la mesure primordiale pour obtenir la guérison et éviter les récidives. Cependant, elle n'est pas facile si l'allergène n'a pas été identifié ou s'il est présent dans de nombreux produ ts ou lorsqu'il s'ag`t d'un allergène professionnel.

• *En milieu professionnel (maladie professionnelle indemnisable) :* aménagement de l'activité professionnelle, éviction des contacts pathogènes par le port de gants et/ou de vêtements de protection.

Situations particulières

En cas d'impétiginisation et après s'être assuré de l'absence d'intolérance :

• *formes minimes à modérées* (moins de 5 sites lésionnels actifs et absence d'extension rapide) :
– **chlorhexidine aqueuse à 0,2 % :** désinfecter les lésions 2 fois/jour jusqu'à cicatrisation (1 flacon),
– *acide fusidique crème* : 1 application 3 fois/jour pendant 8 jours ;

• *formes diffuses ou sévères :*
– **chlorhexidine aqueuse à 0,2 % :** désinfecter les lésions 2 fois/jour jusqu'à cicatrisation (1 flacon),
– antibiothérapie générale active sur les Gram+ : **cloxacilline**, 50 mg/kg et par jour en 3 prises pendant 8 jours, sans retarder le traitement par les corticoïdes topiques.

SURVEILLANCE

• *De l'efficacité du traitement* : amélioration rapide, puis disparition des lésions en une quinzaine de jours.
• *De la tolérance des dermocorticoïdes* : brûlures, dermite ; atrophie cutanée, vergetures, hypertrichose en cas d'emploi prolongé ou répété.

Attention : les dermocorticoïdes peuvent induire des sensibilisations. Penser à cette éventualité chez les patients qui appliquent de manière régulière des corticoïdes topiques et dont les lésions ne sont pas améliorées, voire aggravées.
• *De l'absence de complications* : généralisation des lésions avec fièvre et frissons (érythrodermie).
• *La récidive ou la persistance des lésions en milieu professionnel* peut conduire à envisager une reconversion professionnelle (boulangers maçons, coiffeurs, etc).

E

Élimination des acariens

RAPPELS

En France, 10 à 20% de la population souffre de manifestations allergiques diverses : rhinite, conjonctivite, asthme, eczéma. « Les acariens de la poussière de maison», *Dermatophagoides pteronyssinus* et *Dermatophagoides farinae*, constituent un facteur déclenchant ou favorisant dans plus de 30% des cas et leur élimination soigneuse constitue la base des recommandations d'hygiène chez ces patients. Invisibles à l'œil nu, ces parasites communs se nourrissent des squames cutanées, et leurs résidus constituent des allergènes. Le réservoir principal est donc le lit: matelas, sommier, oreillers, draps, couvertures, couettes, etc. puis les moquettes, les tapis, les canapés et les peluches. La présence de moisissures est indispensable aux acariens pour assimiler les squames humaines, ce qui explique l'importance de l'hygrométrie.

Diagnostic Le rôle des acariens doit être évoqué en face de symptômes d'allergie permanents, durant plus de six semaines de suite, et souvent durant toute l'année (évolution perannuelle). Le bilan complémentaire comprend un test d'orientation diagnostique de type Phadiatop®, (sensibilité > 95%), complété en cas de positivité par le dosage des IgE spécifiques aux acariens (D1, D2). Si les tests sont négatifs mais la suspicion clinique forte, le patient peut être adressé à l'allergologue pour faire des tests cutanés ou de provocation par voie nasale. Il n'y a pas de limite inférieure d'âge pour la réalisation des tests.

Objectif thérapeutique

- Réduire voire supprimer les manifestations allergiques.
- Améliorer la qualité de vie du patient.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

Recherche de facteurs d'environnement favorisant le développement des acariens : tabagisme, humidité excessive, confinement de l'habitat, recours excessif du patient aux antibiotiques.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance concernant la literie

Tous les lits de la chambre du patient sont concernés.

• Un sommier tapissier est très riche en acariens avec un risque important de recontamination des nouveaux matelas, oreillers et couvertures s'il n'est pas remplacé par un **sommier à lattes**.

• Une **housse de matelas anti-acariens** doit être totalement hermétique. Elle doit englober le matelas sur toute sa surface (6 faces) et être fermée avec une fermeture éclair, être imperméable aux acariens et à leurs débris, mais perméable à l'air et à la vapeur d'eau, et lavable (entretien par lavage en machine 3 4 fois/an).

• Le lavage en machine des draps, taies d'oreillers, etc. ne détruit les acariens que si la température de lavage est > 58 °C → **lavages réguliers à 60 °C**.

• Limiter les peluches sur le lit, qui doivent être lavées en machine 3 à 4 fois/an à 30-40 °C.

Ordonnance concernant la chambre (± pièces à vivre)

• La température de prolifération des acariens se situe entre 23 et 25 °C. Il faut tendre à **abaisser la température de la pièce vers 19 °C**.

• L'humidité optimale pour le développement des acariens se situe entre 60 et 80%. L'air sec freine considérablement le développement des acariens → **maintenir l'hygrométrie proche de 50 °C** (nécessité de contrôle par un hygromètre):
– la ventilation par VMC est une solution efficace mais pas toujours disponible;
– aérer largement les pièces de façon quotidienne et ne pas boucher les aérations sur l'extérieur;

••• *Ordonnance concernant la chambre (suite)*

– éviter la vapeur d'eau excédentaire (aérer largement cuisine et salle de bains; séchage du linge à l'extérieur);
– déshumidificateur complémentaire si nécessaire.

• **Entretien régulier des sols:**
– aspirateur: si possible fenêtres ouvertes; éviter en présence de l'allergique; changer régulièrement le sac et les filtres. Utiliser si possible un filtre HEPA (haute efficacité pour les particules aériennes);
– sol lavable: éviter le balayage à sec qui agite la poussière;
– moquettes, tapis ou revêtements textiles: à éviter si possible; leur contamination est très dépendante de l'hygrométrie.

Ordonnance concernant l'environnement intérieur

Un conseiller médical en environnement intérieur (CMEI) peut intervenir sur prescription médicale (frais pris en charge par la mairie) pour un patient très gêné dont les symptômes sont rythmés par son retour à domicile (site : cmei-france.fr.).

Situations particulières

• *Si le patient est très gêné ou s'il présente un asthme :* une désensibilisation sur avis d'un allergologue doit être discutée.

• Les acariens ne survivent pas à une altitude > 1 200 m → bénéfice de vacances en altitude.

NOTES PERSONNELLES

E

Embolie pulmonaire : traitement curatif

RAPPELS

Urgence diagnostique et thérapeutique, la maladie thromboembolique veineuse (MTEV) affecte > 150 000 personnes/an en France, entraînant 5 à 10 000 décès par embolie pulmonaire (EP). L'embole provient habituellement du réseau veineux profond d'un membre inférieur (MI) et plus rarement du pelvis (post-partum) ou des membres supérieurs. Les facteurs de risque sont multiples, soit transitoires (chirurgie récente, traumatisme, immobilisation, grossesse, contraception OP, voyage prolongé), soit persistants (âge, obésité, cancer, ATCD de MTEV, thrombophilie, maladies inflammatoires).

Diagnostic Clinique devant une dyspnée et/ou une douleur thoracique avec tachycardie. Des malaises ou une syncope inexpliqués, une hémoptysie, une fièvre peuvent également être révélateurs mais la migration du caillot est parfois silencieuse. La prise en compte du contexte permet d'établir un score de probabilité diagnostique (GENEVE révisé) :

- âge > 65 ans ..... +1
- ATCD de TVP ou d'EP ..... +3
- chirurgie ou fracture de MI < 1 mois ..... +2
- cancer (ou hémopathie) actif ou rémission < 1 an ..... +2
- douleur unilatérale MI ..... +3
- hémoptysie ..... +2
- tachycardie > 74/min ..... +3
- ou tachycardie > 94/min ..... +5
- douleur trajet veineux MI et œdème unilatéral ..... +4

Probabilité diagnostique : score > 10 : 74 % d'EP; score 4-10 : 28 % d'EP; score < 4 : 8 % d'EP.

Des D dimères < 500 ng/mL permettent d'écarter l'hypothèse d'EP si la suspicion clinique n'est pas élevée. C'est l'angioscanner, sensible pour les EP proximales et spécifique, qui confirme le diagnostic (contre-indications : créatininémie > 200 µmol/L, allergie vraie à l'iode, grossesse au 3e trimestre). Une scintigraphie de ventilation/perfusion est une alternative possible.

Objectif thérapeutique Soulager le patient, restaurer l'équilibre hémodynamique, éviter l'évolution vers l'HTAP et les récidives.

Le traitement anticoagulant est débuté en urgence. La décision d'hospitaliser dépend de plusieurs paramètres. L'hospitalisation est indispensable en cas de signe de dysfonction ventriculaire droite. Le traitement ambulatoire avec un parcours de soin défini peut être envisagé dans l'embolie pulmonaire avec score de classe de gravité I à II, en l'absence d'élévation des biomarqueurs cardiaques, d'insuffisance rénale et/ou de risque hémorragique spécifique.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Évaluer cliniquement la gravité de l'embolie* : l'état de choc est le principal indice de gravité qui doit faire *transférer le malade en réanimation* pour un possible traitement fibrinolytique mais un score clinique peut être utilisé (Score PESI : *Pulmonary Embolism Severity Index*) :

- âge ..... +1 par année
- sexe masculin ..... +10
- cancer ..... +30
- insuffisance cardiaque ..... +10
- insuffisance respiratoire chronique ..... +10
- FC > 110/min ..... +20
- PAS < 100 mmHg ..... +30
- FR > 30/min ..... +20
- température < 36 °C ..... +20

– désorientation, obnubilation ou coma ..... +60
– SaO_2 < 90 % ..... +20

Gravité : classe I si score ⩽ 65; classe II si score de 66 à 85; classe III si score de 86 à 105; classe IV si score de 106 à 125; classe V si score > 125 (25 % de DC dans ce dernier groupe). À l'inverse, un taux normal de BNP et de troponine permet de sélectionner des malades à faible risque.

• *Rechercher les contre-indications :*
– *aux anticoagulants*, c'est-à-dire les syndromes hémorragiques et les lésions susceptibles de saigner : ulcère gastroduodénal évolutif, HTA maligne, chirurgie neurologique ou ophtalmologique récente, AVC récent;
– *aux héparines :* antécédents de thrombopénie à l'héparine;
– *aux HBPM, AVK et anti Xa :* insuffisance hépatique ou rénale sévère;
– *aux AVK et anti Xa :* grossesse et allaitement.

• *Rechercher les associations déconseillées :* AINS, aspirine, antiagrégants plaquettaires. *AVK et anti Xa :* inhibiteurs enzymatiques (CYP 3A4 et P-gp), en particulier antifongiques azolés et inhibiteurs de la protéase du VIH.

• *De très nombreux médicaments sont susceptibles d'interférer avec les anticoagulants oraux :* les prescriptions nouvelles doivent être réduites au maximum et une surveillance plus étroite est nécessaire.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Deux schémas distincts sont possibles.

Ordonnance, schéma classique : HBPM puis AVK

• **Tinzaparine :** 175 UI/kg/j en 1 injection sous-cutanée (prudence si poids < 45 kg ou > 100 kg, *cf.* situations particulières). Il n'y a pas de surveillance biologique à réaliser. Ce traitement doit être maintenu jusqu'au retour à un équilibre hémodynamique satisfaisant puis, lors du relais par AVK, jusqu'à ce que l'INR soit > 2 à 2 reprises (5 à 7 jours).

• **Warfarine :** 5 mg en prise unique au repas du soir, à débuter lorsque l'équilibre hémodynamique est jugé correct et s'il n'y a pas d'examens invasifs à envisager (endoscopies, biopsies, etc.). Ce relais par un anticoagulant oral est à adapter mg par mg en fonction de l'INR dont l'objectif est compris entre 2 et 3. Le 1er INR peut être réalisé dès le lendemain de la première prise afin de tester une éventuelle hypersensibilité aux AVK, puis tous les 2 jours. Lorsque l'INR est compris à 2 reprises entre 2 et 3, l'HBPM est interrompue et le contrôle de l'INR est espacé (2 fois/semaine pendant 15 jours puis tous les 15 jours, voire tous les mois s'il n'y a pas eu de modification posologique).

Ordonnance, schéma anti-Xa oral

Il est possible de débuter immédiatement par voie orale chez les malades à risque faible ou modéré.
Rivaroxaban : 15 mg matin et soir durant 3 semaines, puis 20 mg 1 seule fois/j. Ce traitement ne nécessite pas de surveillance biologique particulière mais ne comporte pas d'antidote.

Mesures hygiénodiététiques

• *Pour la TVP sous-jacente :*
– pour prévenir le syndrome postthrombotique, une contention veineuse élastique doit être mise en place le plus tôt possible et maintenue durant la journée : **collants de contention veineuse sur mesures**, de classe 2 (TVP distales) ou de classe 3 (TVP proximales). Prescription pour 2 paires;
– réduction pondérale si surpoids; activité physique régulière, en particulier de marche; éviter la station debout prolongée; éviter les chaussures à talons haut; éviter le chauffage par le sol et l'exposition solaire prolongée; surélever les pieds du lit de 10 à 15 cm.

• *Sous AVK :* **interdiction des aliments riches en vitamine K** (brocoli, choux, laitue, cresson, persil, huile de colza ou de soja, épinards) et danger d'une alcoolisation aiguë.

Situations particulières

• **Sous HBPM**, en cas d'insuffisance rénale modérée (ClCr 30 à 60 mL/min), de poids extrêmes (< 45 kg ou > 100 kg) ou d'hémorragies inexpliquées, une détermination de l'activité anti-Xa peut être utile : la moyenne observée à la 4e heure pour la tinzaparine à la dose de 175 UI/kg en une injection par jour est de 0,87 UI ± 0,15.

• **Sous anti-Xa oral**, en cas d'insuffisance rénale modérée et chez les sujets âgés, réduction de la dose : **rivaroxaban**, 15 mg/j.

SURVEILLANCE ET PRÉCAUTIONS

• Sous anticoagulants, sont contre-indiquées toutes injections et ponctions intramusculaires, intra-articulaires, intra artérielles.

• Surveillance initiale rapprochée : PA, FC, FR, saturation d'O_2. Une échographie cardiaque peut être réalisée à la recherche d'une dilatation ou d'une dysfonction du VD.

- Le traitement anticoagulant doit être maintenu 6 mois. En cas de cause réversible (traumatisme, chirurgie, voyage, etc), une durée de 3 mois est suffisante. Par contre, s'il existe un antécédent de MTEV ou s'il persiste un facteur de risque majeur, le traitement doit être maintenu au long cours, avec une évaluation régulière du rapport bénéfice/risque.
- Une échographie cardiaque doit être réalisée au bout de 6 mois pour s'assurer de l'absence d'évolution vers une HTAP ou de dysfonction ventriculaire droite.
- Dans les TVP proximales, une échographie doppler veineuse doit être réalisée en fin de traitement pour juger des lésions séquellaires (thrombus résiduel, dévalvulation, développement des collatérales, etc).
- En l'absence de facteur de risque identifié de TVP, il peut être intéressant, en particulier chez les sujets < 60 ans, de réaliser un bilan de thrombophilie un mois après l'arrêt du traitement anticoagulant. Par ailleurs, une surveillance clinique doit être maintenue pendant 1 an à la recherche d'indices orientant vers une pathologie sous-jacente évolutive (pathologie inflammatoire ou maligne).

NOTES PERSONNELLES

E

Endocardite infectieuse : prévention

RAPPELS

- L'endocardite infectieuse (EI) est une maladie grave et sa prévention est capitale. Les recommandations actuelles voient la place de l'antibioprophylaxie se réduire compte tenu d'un certain nombre d'éléments
– tout d'abord, les bactériémies susceptibles d'induire une EI sont probablement plus liées aux passages quotidiens dans le sang de bactéries provenant de la cavité buccale que de gestes buccodentaires occasionnels;
– par ailleurs, il n'existe pas de démonstration scientifique de l'efficacité de l'antibioprophylaxie qui n'est pratiquée, en France, que dans moins d'un cas sur deux avant un geste buccodentaire chez les patients valvulaires à risque;
– enfin, une préoccupation importante actuelle concerne le développement de l'antibiorésistance.
- En France, les recommandations 2009 de la Société européenne de cardiologie font référence. Elles limitent l'antibioprophylaxie aux personnes à haut risque pour des gestes à haut risque.
- Une définition des groupes à risques est nécessaire (Tableau 1).

Tableau 1 – Groupes à risque.

Groupe A – Cardiopathies à haut risque
Prothèses valvulaires (mécaniques, homogreffes ou bioprothèses)
Cardiopathies congénitales cyanogènes non opérées et dérivations chirurgicales (pulmonaire-systémique)
Antécédents d'EI

Groupe B – Cardiopathies à risque moindre

Valvuloplasties : IA, IM, RA

PVM avec IM et/ou épaississement valvulaire

Bicuspidie aortique

Cardiopathies congénitales non cyanogènes sauf CIA

Cardiomyopathie hypertrophique obstructive (avec souffle à l'auscultation)

IA : insuffisance aortique; IM : insuffisance mitrale; RA : rétrécissement aortique ; PVM prolapsus valvulaire mitral ; CIA : communication interatriale.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• Les mesures d'hygiène sont importantes et sont prioritaires :
– hygiène buccodentaire rigoureuse et continue avec une surveillance systématique de l'état buccodentaire effectuée au minimum 2 fois/an chez les patients ayant une cardiopathie ;
– désinfection des plaies et antibiothérapie curative de tout foyer infectieux ;
– pratique du piercing fortement déconseillée chez les patients porteurs d'une cardiopathie à haut risque ;
– acupuncture : ne doit être réalisée qu'en connaissant le risque possible d'EI et en effectuant une surveillance clinique appropriée après le geste.

• L'antibioprophylaxie est recommandée pour les procédures à haut risque chez les patients présentant une cardiopathie à haut risque (groupe A) (Tableau 2).

Tableau 2 – Prophylaxie – Recommandations.

Prophylaxie recommandée	Prophylaxie non recommandée
Gestes buccodentaires : toutes les procédures impliquant une manipulation de la gencive (détartrage) ou de la région périapicale de la dent, ou perforation de la muqueuse dentaire.	Gestes sur les voies respiratoires (bronchoscopie, laryngoscopie) Actes gastro-intestinaux ou urogénitaux : gastroscopie, coloscopie, échographie transœsophagienne, cystoscopie

PRESCRIPTIONS

En cas de geste buccodentaire, les antibiotiques utilisés sont soit l'amoxicilline, soit la clindamycine en cas d'allergie. Une dose unique 30 à 60 minutes avant l'intervention doit être administrée.

Ordonnance

- **Amoxicilline :**

– chez l'adulte : 2 g *per* os ou en perfusion de 30 min dans 100 mL de NaCl à 0,9 % ;
– chez l'enfant : 50 mg/kg *per* os ou en perfusion.

ou

- **Clindamycine :**

– chez l'adulte : 600 mg *per* os ou en perfusion de 30 min ;
– chez l'enfant : 20 mg/kg *per* os ou en perfusion.

Ces recommandations ne se substituent pas à l'appréciation par chaque praticien du risque individuel d'un sujet donné.

SURVEILLANCE

Il faut insister sur le fait qu'après un geste buccodentaire chez un sujet à risque, une surveillance est nécessaire : si une fièvre ou un autre symptôme fait son apparition, le patient doit consulter un médecin.

NOTES PERSONNELLES

E

Endométriose et adénomyose

RAPPELS

Présence de tissu endométrial en dehors de l'endomètre et du myomètre. Localisations les plus fréquentes : péritoine pelvien, ovaires, cloison rectovaginale.

Diagnostic Devant des dysménorrhées surtout secondaires (50 à 90 %) ± dyspareunie profonde ± douleurs pelviennes chroniques, parfois associées à une symptomatologie digestive (diarrhées cataméniales, dyschésie, rectorragies, etc.) ou urinaire (pollakiurie, hématurie cataméniales). Elle peut également être responsable d'infertilité. L'**adénomyose** est définie comme la présence de glandes et de stroma endométriaux dans le myomètre. Fréquemment asymptomatique, elle peut se manifester par des ménorragies (50 %), des dysménorrhées (30 %), des métrorragies (20 %).

Objectif thérapeutique Soulager la patiente et enrayer l'évolution de l'endomètre ectopique. L'œstrogénodépendance de cette pathologie incite à l'utilisation d'hormones supprimant l'ovulation et réduisant le flux menstruel.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Discuter d'un traitement chirurgical de l'endométriose :*
– en particulier en cas d'atteinte profonde avec lésions sous-péritonéales ;
– en cas d'endométriome de plus de 50 mm.

• *Seule une endométriose pelvienne douloureuse ou une adénomyose symptomatique* devront faire l'objet d'un traitement médical :
– une endométriose pelvienne asymptomatique ne nécessite pas de prise en charge ;
– une infertilité dans un contexte d'endométriose pelvienne devra faire l'objet d'une prise en charge spécifique.

• *Recherche de contre-indications ou associations déconseillées* pour les œstroprogestatifs, les AINS.

• *Recherche de contre-indications aux macroprogestatifs :* accident thromboembolique récent, antécédents coronariens ou d'accident vasculaire cérébral, hémorragies génitales non étiquetées, cancers hormonodépendants, insuffisance hépatique sévère, grossesse, méningiome.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance de traitement des douleurs

Flurbiprofène : 1 cp à 100 mg au cours d'un repas en cas de douleurs, à renouveler 2 à 3 fois/j selon les douleurs. Ce traitement pourra être répété le nombre de jours nécessaire, selon la durée des douleurs.

Ordonnance de traitement antigonadotrope

- *Soit œstroprogestatif :* **éthynilestradiol 30 µg + lévonorgestrel 150 µg**, 1 cp/j à heure fixe, à commencer la première fois le premier jour du cycle, puis à prendre pendant 21 jours, arrêt 7 jours, puis reprise 21 jours et ainsi de suite (une prise en continu est possible : 1 cp/j 28 jours sur 28 en prévoyant un arrêt de 7 jours toutes les 12 semaines [84 jours]).
- *Soit macroprogestatif :* **acétate de chlormadinone 10 mg**, 1 cp/j 21 jours sur 28 (une prise en continu est possible 28 jours sur 28). Les autres macroprogestatifs ayant l'AMM dans l'endométriose sont le **médrogestone** (10 à 15 mg/j, 21 jours/28 ou en continu) et l'**acétate de médroxyprogestérone** (1 injection IM de 150 mg toutes les 12 semaines) et le **diénogest** (2 mg/j en continu).

Associer pour la prise en charge des douleurs

- Un antispasmodique : **phloroglucinol 80 mg**, 2 cp en une prise ; ou un antalgique : **paracétamol**, 1 g en une prise.
- Application locale d'une vessie de glace ou d'une bouillotte chaude, prise d'un bain chaud.
- La pratique de la relaxation et/ou un soutien psychologique peuvent être nécessaires en cas de douleurs invalidantes.

Situations particulières

- *En cas de persistance de douleurs sous œstroprogestatifs ou en première intention en cas de douleurs invalidantes*, d'endométriose pelvienne sévère, ou d'endométriome symptomatique de moins de 50 mm, privilégier les macroprogestatifs.
- *En cas d'inefficacité des traitements de première ligne*, un traitement par agoniste de la GnRH sera proposé en deuxième intention par voie IM ou SC : **leuproréline LP :** 3,75 mg chaque mois ou 11,25 mg tous les 3 mois (6 mois maximum) par voie IM ou SC. *En cas de symptômes invalidants d'hypo-œstrogénie* sous agoniste de la GnRH, possibilité d'associer une *add-back therapy* par œstrogènes seuls (**estradiol 17β en gel :** 1 mg par jour, 25 jours par mois) ou œstroprogestatifs (en ajoutant à l'estradiol de la **progestérone :** une capsule à 100 mg par jour du 1er au 25e jour) pour une durée limitée de 6 mois à 1 an (non envisageable chez les adolescentes).
- *En cas d'adénomyose*, un **dispositif intra-utérin** (DIU) au lévonorgestrel constituera un traitement de choix.

SURVEILLANCE

- Évaluation de l'efficacité et de la tolérance du traitement à 3 mois : interrogatoire, examen gynécologique :
  – en cas d'efficacité du traitement : poursuite, et surveillance semestrielle à annuelle ;
  – en cas d'inefficacité ou de mauvaise tolérance : réadaptation du traitement (passage en continu, changement de classe thérapeutique).
- Une évaluation des lésions par imagerie est réalisée en cas d'endométriome, de persistance de douleurs ou de nouvelle symptomatologie.
- En cas de prise d'œstroprogestatifs ou de macroprogestatifs : surveillance à 3 mois puis annuelle (taille, poids, IMC, tension artérielle, examen gynécologique et mammaire), bilan biologique (cholestérol

total, triglycérides, glycémie à jeun) 3 à 6 mois après l'instauration, à renouveler tous les 5 ans.

- En cas de DIU au lévonorgestrel : vérifier la bonne position du DIU (présence des fils à l'examen au spéculum) et l'absence de symptômes d'infection génitale haute dans les 3 mois puis tous les ans.

NOTES PERSONNELLES

E

Énurésie

RAPPELS

L'énurésie nocturne est une incontinence intermittente pendant le sommeil chez un enfant âgé d'au moins 5 ans. Trouble fréquent (5 à 10 % entre 5 et 10 ans) qui régresse avec l'âge, mais qui constitue une gêne pour l'enfant et sa famille. L'énurésie est dite « primaire » si l'enfant n'a jamais eu de période de continence durant au moins 6 mois, et « secondaire » s'il s'agit d'une reprise d'incontinence après 6 mois de contrôle mictionnel.

Diagnostic Diagnostic clinique devant un trouble +/- sévère : 20 % des enfants mouillent leur lit toutes les nuits ; 40 % une à trois fois par semaine et chez 40 % les épisodes sont plus rares avec souvent des facteurs favorisants : stress, voyage, éloignement parental, conflits familiaux, etc. L'énurésie peut être le témoin d'une affection urologique et la forme idiopathique ne s'accompagne d'aucun autre symptôme urinaire, en particulier diurne.

Des antécédents familiaux d'énurésie sont retrouvés dans 30 à 60 % des cas.

Deux formes sont distinguées selon leur mécanisme physiopathologique principal

– *la forme polyurique* avec capacité fonctionnelle vésicale normale (CV normale en mL = 30 × [âge en années + 1]) et osmolarité urinaire basse (< 800 mosm/L), liée en partie à une inversion du rythme nycthéméral de la desmopressine ;

– *la forme à faible capacité vésicale* définie par une réduction de 70 % de la capacité fonctionnelle évaluée sur un calendrier mictionnel de 48 heures.

Objectif thérapeutique Réduire la fréquence des épisodes, puis disparition de l'énurésie (cette dernière pouvant se prolonger longtemps y compris à l'âge adulte).
• Améliorer la qualité de vie de l'enfant et de sa famille.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Faire réaliser un calendrier mictionnel diurne et nocturne* pour évaluer la capacité vésicale et la sévérité de l'énurésie.
• *Rechercher un trouble de déficit d'attention avec hyperactivité (TDHA)*, associé dans 10 % des cas.
• *Évaluer le contexte familial, la tolérance du trouble et la motivation de l'enfant.*
• *Rechercher une contre-indication* :
– à la desmopressine : enfant < 6 ans, maladie de Willebrand, insuffisance rénale ou cardiaque, diurétique, lopéramide ;
– à l'oxybutynine : âge < 5 ans, atonie intestinale, association à un inhibiteur enzymatique du CYP 3A4.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Les règles hygiénodiététiques doivent constituer la première étape de la prise en charge.
– Les apports liquidiens ne sont pas modifiés en quantité (50 mL/kg), mais ils doivent être réduits au maximum après 18 h. Éviter les boissons sucrées ou gazeuses ainsi que les aliments très salés.
– Aller aux toilettes régulièrement (5 à 6 fois/jour), sans *oublier au coucher.*
– Noter sur un calendrier les accidents nocturnes.
– L'utilisation d'une alarme (capteur d'humidité relié à un boîtier sonore) doit être privilégiée dans les formes à faible capacité vésicale : excellent résultat sur 3 mois dans 2/3 des cas.

Ordonnance

Un traitement médicamenteux doit être réservé aux enfants > 6 ans après avoir éliminé une anomalie vésico-sphinctérienne.

En première intention

• **Desmopressine** lyocs 60 et 120 µg : débuter par une prise unique le soir de 120 µg à placer sous la langue, sans apport d'eau. Il est impératif de restreindre toute prise de liquide au moins 1 h avant et pendant les 8 h suivant la prise de desmopressine.

• En cas d'efficacité insuffisante, celle-ci peut ensuite être progressivement augmentée par paliers de 60 µg, jusqu'à 240 µg/jour, en fonction de la réponse au traitement, en respectant un intervalle minimum de 1 semaine entre chaque palier d'adaptation posologique.

• Après 3 mois de traitement à dose minimale efficace, le traitement sera interrompu et l'énurésie réévaluée au moins une semaine après l'arrêt du traitement. Une nouvelle prescription pour 3 mois est possible.

En première intention (suite)

• Le résultat thérapeutique est plus favorable dans les formes polyuriques ; le taux de réduction d'au moins 50 % du nombre de nuits mouillées est de 60 à 70 % à 6 mois sous traitement.

En deuxième intention

Oxybutynine cp sécable 5 mg : 2,5 mg 2 à 3 fois/jour, en particulier chez les enfants suspects d'avoir une faible capacité vésicale nocturne.

Situations particulières

• *En cas de troubles du comportement associés*, l'intervention d'un pédopsychiatre et/ou d'un psychologue est nécessaire.

• *Dans les formes rebelles chez l'adolescent*, l'utilisation prudente de psychotropes imipraminiques à faible dose peut constituer un recours : **clomipramine** 10 mg, 1 à 3 cp/jour.

SURVEILLANCE

• *Un suivi du patient et de sa famille est recommandé* pour évaluer l'évolution après l'instauration des mesures hygiénodiététiques.

• *La surveillance du poids suivant l'instauration du traitement de desmopressine* est importante car son augmentation rapide peut être le signe d'une rétention hydrique. Un traitement sans diminution parallèle de la prise liquidienne peut entraîner une intoxication par l'eau avec hyponatrémie, avec ou sans survenue de symptômes d'alarme tels que céphalées, nausées, vomissements, anorexie, prise de poids rapide. En cas de symptômes, le traitement doit être interrompu et un ionogramme sanguin réalisé pour mesurer la natrémie. Si le traitement est repris, la restriction hydrique devra être plus stricte.

De plus le traitement par desmopressine doit être interrompu lors d'affections intercurrentes avec déséquilibre hydrique : fièvre, gastroentérite, etc.

NOTES PERSONNELLES

E

Érysipèle d'un membre inférieur

RAPPELS

Dermohypodermite bactérienne aiguë non nécrosante, le plus souvent due à un streptocoque, habituellement β-hémolytique du groupe A. Une obésité, un lymphœdème et un antécédent d'érysipèle sont des facteurs favorisants. Un intertrigo interdigital est la porte d'entrée locale habituelle. Parfois, il s'agit d'un ulcère veineux.

Diagnostic Clinique sur un début brutal avec frissons et fièvre, rapidement suivis de douleurs locales puis d'un placard œdémateux rouge, chaud, induré, douloureux, d'extension rapide, bien limité, pouvant être le siège de vésicules ou de bulles, parfois d'une éruption purpurique.

Objectif thérapeutique Soulager le patient, guérir l'infection et prévenir les récidives.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

Rechercher une allergie aux pénicillines ou aux lincosanides, *une hypersensibilité* aux streptogramines, *une association déconseillée* à l'amoxicilline : allopurinol, méthotrexate.

PRESCRIPTIONS

Le traitement en ambulatoire est possible, mais l'hospitalisation est nécessaire en présence de signes généraux importants, de comorbidités pouvant se décompenser, ou d'évolution défavorable après 3 jours complets de traitement bien conduit (posologie adaptée et prise médicamenteuse effective).

- Traitement antalgique souvent nécessaire, si possible avec des molécules non antipyrétiques pour ne pas masquer la persistance d'une évolution fébrile : **tramadol 50 mg**, 1 prise toutes les 4 à 6 heures.
- Traitement local de la porte d'entrée (intertrigo) : hygiène cutanée soigneuse en séchant bien avant l'application d'un antifongique à usage local tel que **bifonazole 1 % crème** ou **omoconazole 1 % crème**, 1 application le soir sur les lésions pendant 4 semaines. Éviter le contact avec les yeux.
- Antibiothérapie orale : plusieurs options sont envisageables (Tableau 1).

Tableau 1 – **Antibiothérapie des érysipèles.**

Antibiotiques	Posologie
Amoxicilline	• A : 50 mg/kg/j en 3 prises • E : 80 mg/kg/j
Pristinamycine (cp à 500 mg)	50 mg/kg/j en 3 prises
Clindamycine (gel à 300 mg)	• A : 600 mg 3 fois/j • E : 40 mg/kg/j en 3 prises

Ne pas prescrire de fluoroquinolone en antibiothérapie en première intention pour une infection cutanée.

Mesures hygiénodiététiques

- **Repos**, utile à la phase initiale pour limiter les douleurs lors de l'orthostatisme.

Mesures hygiénodiététiques (suite)

• Prise en charge d'un lymphœdème ou d'un œdème de cause veineuse nécessitant une **contention adaptée** (bande de contention à la phase initiale puis contention secondaire par bas ou collants, de force 2 pour une origine veineuse et de force 3 pour une origine lymphatique).

Situations particulières

• *Le risque de thrombose veineuse profonde* est faible à la phase initiale de l'infection : entre 2 % (TV proximale) et 3 % (TV distale). Selon le terrain et les antécédents, la prévention thromboembolique en cas d'alitement prolongé et d'impossibilité de contention veineuse peut être nécessaire durant quelques jours : **énoxaparine**, 0,2 mL SC/j (risque moyen) ou 0,4 mL SC/j (risque élevé)

• *En cas de récidives multiples*, une antibiothérapie préventive :
– **pénicilline V orale :** 2 à 4 M UI/j en 2 prises quotidiennes ;
ou
– **amoxicilline orale :** 500 mg/j en une prise quotidienne
ou
– **benzathine-benzylpénicilline :** 2,4 M UI par voie IM toutes les 3 semaines (associée dans la même seringue avec 1 cc de xylocaïne à 1 %) ;
– en cas d'allergie aux bêtalactamines : **azithromycine** 250 mg/j.
Cette antibiothérapie préventive sera prolongée, voire définitive, si les facteurs de risque ne sont pas éradiqués.

SURVEILLANCE ET PRÉVENTION SECONDAIRE

• Contention essentielle dès le premier épisode d'érysipèle en cas de lymphœdème ou d'un œdème de cause veineuse.

• Traitement efficace des intertrigos (*cf.* ci-avant).

E

Érythème noueux

RAPPELS

Lésions d'hypodermite aiguë à type de nouures, satellites d'affections diverses dont les plus fréquentes sont l'infection à streptocoques bêta-hémolytiques, la sarcoïdose (syndrome de Löfgren) et les entéropathies infectieuses (yersiniose) ou inflammatoires (maladie de Crohn ou recto-colite hémorragique) et plus rarement une primo-infection tuberculeuse (enfants immigrés), une autre infection, une hémopathie ou une prise médicamenteuse (aspirine, anti-inflammatoires non stéroïdiens). Cependant, l'étiologie n'est pas identifiée dans 50 % des cas. Les lésions régressent toujours sans séquelles mais plusieurs poussées sont possibles.

Diagnostic Clinique sur une évolution en trois phases :

– une phase prodromique de 3 à 6 jours (fièvre, douleurs articulaires, syndrome ORL infectieux, *etc.*) ;

– puis une phase d'état d'installation rapide où apparaissent des nouures aux faces d'extension des jambes et des genoux. Ces nouures, peu nombreuses et le plus souvent bilatérales, sont inflammatoires, chaudes et douloureuses, à type de nodules centimétriques sous-cutanées, mobiles sur les plans profonds ;

– enfin, une phase régressive spontanée, accélérée par le repos, durant laquelle chaque nouure régresse en une dizaine de jours en prenant des aspects contusiformes bleus et jaunâtres. L'érythème noueux n'entraîne jamais de nécrose, d'ulcérations ou de cicatrices mais plusieurs poussées peuvent se succéder durant quelques

semaines. Une biopsie cutanée n'est pratiquée qu'en cas de doute diagnostique et elle ne fournit pas d'arguments étiologiques.

Objectif thérapeutique Soulager le malade, accélérer la guérison et traiter la maladie sous-jacente si elle est identifiée.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Réaliser un bilan étiologique en phase aiguë :* VS, hémogramme, vitesse de sédimentation, transaminases, strepto-test, radiographie thoracique, test tuberculinique (IDR) ou dosage de quantiféron et coproculture à la recherche de *Yersinia* en cas de manifestations digestives. Le reste des explorations est à orienter en fonction de points d'appel cliniques.

• *Recherche de contre-indications :*
– tramadol : insuffisance respiratoire ou hépatique ;
– AINS : ulcère digestif évolutif, insuffisance hépatique ou rénale sévère, grossesse.

• *Recherche d'un terrain à risque :* antécédent d'ulcère digestif, pathologie cardiovasculaire et/ou thrombotique, insuffisance rénale, insuffisance cardiaque.

• *Recherche des associations contre-indiquées ou déconseillées :*
– tramadol : IMAO (antidépresseur), médicaments réduisant le seuil épileptogène ;
– AINS : anticoagulants, lithium, méthotrexate, ticlopidine, aspirine à forte dose.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

- **Tramadol 37,5 mg/Paracétamol 325 mg :** 2 cp 3 à 4 fois/j (espacés d'au moins 6 heures et sans dépasser 8 cp/24 h pendant quelques jours.
- **Naproxène 550 mg :** 1 cp matin et soir au milieu des repas pendant 15 jours.

Règles hygiénodiététiques

Repos au lit ou au moins jambes allongées pendant quelques jours, ce qui soulage la douleur et accélère la régression des lésions.

Situations particulières

- *Dans une forme hyperalgique*, une hospitalisation peut être nécessaire pour assurer un repos effectif.
- *Si une maladie associée est identifiée*, un traitement spécifique peut être nécessaire (en particulier entéropathies inflammatoires, tuberculose, hémopathies, etc.)

SURVEILLANCE

De la disparition progressive des lésions cutanées avec un risque de nouvelles poussées qui ne constituent pas un signe de gravité.

F

Fibrillation atriale

RAPPELS

Arythmie cardiaque fréquente (10 % si âge > 80 ans), multipliant par 5 le risque d'AVC (20 % des AVC), associée à une insuffisance cardiaque dans 30 % des cas.

Diagnostic Souvent a- ou paucisymptomatique (palpitations, dyspnée, asthénie, douleur thoracique), la fibrillation atriale (FA) peut être révélée par une insuffisance cardiaque ou un accident embolique artériel. L'ECG montre l'absence d'ondes P et des intervalles RR irréguliers avec QRS fins ou larges (en cas de bloc de branche préexistant ou fonctionnel).

Objectif thérapeutique Prévention des complications emboliques. Le traitement anticoagulant est la base du traitement, que la FA soit paroxystique ou permanente. Le choix entre contrôle du rythme et contrôle de la fréquence sera fait en fonction de l'âge, des symptômes, de l'ancienneté de l'arythmie et de la cardiopathie sous-jacente. Quel que soit l'anticoagulant utilisé, l'éducation thérapeutique est essentielle.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Évaluation du risque embolique* : score CHA2DS2-Vasc (pour les FA non valvulaires) (Tableau 1).

Tableau 1 – Calcul du score CHA2DS2-Vasc.

C	Insuffisance cardiaque	1
H	HTA	1
A	> 75 ans	2

A	65-74 ans	1
D	Diabète	1
S	AVC, AIT ou embolie systémique	2
S	Sexe féminin	1
Vasc	ATCD d'IDM, artériopathie, athérome Ao	1

La FA valvulaire (valvulopathie mitrale ou prothèse mécanique) ou associée à une cardiomyopathie hypertrophique est une indication formelle d'anticoagulation.

• *Évaluation du risque hémorragique* : score HAS-BLED qui ne doit pas faire exclure les patients d'un traitement anticoagulant mais mieux contrôler les facteurs qui augmentent le risque hémorragique (contrôle tensionnel, éviter les AINS, *etc.*) (Tableau 2).

Tableau 2 – Calcul du score HAS-BLED.

H	HTA	1
A	Anomalies rénales ou hépatiques	1 ou 2
S	AVC	1
B	Saignement	1
L	INR instable	1
E	> 65 ans	1
D	Médicaments ou alcool	1 ou 2

• *Recherche d'hyperthyroïdie* sous-jacente. Les autres causes aiguës réversibles comprennent l'ingestion aiguë d'alcool, la pneumopathie et autres sepsis, la péricardite, l'hypokaliémie, l'hypovolémie.

• *Recherche d'une cardiopathie sous jacente avec évaluation de la fraction d'éjection* et penser à une possible embolie pulmonaire ou à un infarctus du myocarde.

• *Recherche d'associations déconseillées ou à prendre en compte et précautions d'emploi* :

– anticoagulants, AINS, antiagrégants plaquettaires, insuffisance rénale ou hépatique, grossesse, revascularisation coronaire ou artérielle périphérique récente ;

– antiarythmiques : médicaments favorisant les torsades de pointe.

PRESCRIPTIONS

Ordonnance de prévention des complications thromboemboliques

• *FA valvulaire* (valvulopathie mitrale rhumatismale ou prothèse valvulaire mécanique) : traitement par **AVK**.

• *FA non valvulaire :*
– score CHA2DS2Vasc = 0 ou sexe féminin isolé : pas de traitement anticoagulant (ni aspirine) sauf après cardioversion (4 semaines) ;
– score CHA2DS2Vasc = 1 chez l'homme ou = 2 chez la femme : discuter le traitement anticoagulant au cas par cas ;
– score CHA2DS2Vasc ≥ 2 chez l'homme ou ≥ 3 chez la femme : traitement anticoagulant.

• *Les nouveaux anticoagulants sont en première intention :*
– **apixaban :** 5 mg matin et soir (2,5 mg si 2 des caractéristiques suivantes : âge ≥ 80 ans, poids < 60 kg, créatinine ≥ 133 µmol/L) ;
ou
– **rivaroxaban :** 20 mg/j au cours d'un repas (15 mg/j si ClCr < 50 mL/min, association avec quinidine) ;
ou
– **dabigatran :** 150 mg matin et soir (110 mg si âge ≥ 80 ans, ClCr < 50 mL/min, association avec vérapamil). Médicaments contre-indiqués : inhibiteurs du cytochrome P450, antifongiques azolés et dronédarone avec le dabigatran.

• ***Si ClCr < 30 mL/min ou patient déjà traité par AVK avec INR stable :*** **warfarine**, 5 mg/j (commencer à mi-dose si âge > 70 ans ou poids < 50 kg ou dysfonction hépatique ou rénale) pour obtenir un INR compris entre 2 et 3.

Ordonnance de traitement de l'arythmie

Le traitement de l'arythmie fait appel à deux stratégies pouvant se succéder dans le temps.

Ordonnance de traitement de l'arythmie (suite)

- ***Contrôle de la fréquence***, objectif de FC moyenne < 110/min :

– en aigu (IV lente) après avoir vérifié la fonction ventriculaire gauche :
  - **aténolol :** 1-10 mg IV lente,

ou

  - **métoprolol :** 2,5 -10 mg IV lente,
  - la **digoxine :** 0,5 mg IV lente, peut être utilisée en cas d'insuffisance cardiaque après avoir vérifié la kaliémie et l'absence de cardiopathie obstructive ;

– en chronique *(per os)* :
  - β-bloquant : **bisoprolol**, 1,25 à 10 mg/j,

ou

  - inhibiteur calcique non dihydropyridine en l'absence de dysfonction systolique du ventricule gauche : **diltiazem**, 60 mg 3 fois/j ou 90 ou 120 mg 2 fois/j, ou **diltiazem LP**, 200 ou 300 mg en 1 prise/j. La **digoxine**, 0,125 à 0,25 mg/j, utilisée avec précaution en cas d'insuffisance rénale, n'a d'effet ralentisseur qu'au repos.

- ***Contrôle du rythme :*** restaurer et maintenir le rythme sinusal en évitant la morbidité liée aux traitements antiarythmiques et en expliquant au patient les risques de récidive de la FA. Après un premier épisode de FA, on ne propose pas de traitement préventif sauf cas particuliers. L'efficacité des traitements antiarythmiques est modeste.

– Cardioversion électrique ou pharmacologique sous anticoagulation efficace depuis au moins 3 semaines (une cardioversion immédiate peut être nécessaire en cas d'instabilité hémodynamique).

– Traitement préventif des récidives :
  - **flécaïnide**, 100 à 300 mg/j, associé à un β-bloquant (en l'absence de cardiopathie, de bloc de branche G et âge < 80 ans) ;
  - **sotalol**, 80 à 160 mg 2 fois/j (arrêt si allongement du QT) ;
  - en cas d'insuffisance cardiaque : **amiodarone**, 200 mg/j (également utilisé en dernière intention sur cœur sain en raison des effets secondaires extracardiaques).

L'ablation par cathéter doit être discutée précocement en cas de FA paroxystique récidivante sur cœur sain avec atrium gauche peu dilaté chez les sujets jeunes (< 70 ans).

Règles hygiénodiététiques (suite)

Règles hygiénodiététiques

- Régime hyposodé standard (500 à 1 000 mg de sodium/j) en cas d'insuffisance cardiaque.
- Prise en charge d'une obésité et d'un éventuel syndrome d'apnée du sommeil.
- Prise en charge de l'hypertension artérielle et des autres facteurs de risque cardiovasculaire.
- Interrompre toute intoxication alcoolique.

Situations particulières

- *En cas d'infarctus cérébral :* anticoagulation initiée après 1 à 2 semaines en l'absence de transformation hémorragique. Si accident ischémique transitoire, anticoagulation initiée immédiatement mais après un scanner cérébral sans injection pour éliminer un phénomène hémorragique.
- *Si bradyarythmie symptomatique persistante* malgré l'arrêt des traitements bradycardisants : implantation d'un stimulateur cardiaque de même qu'en cas d'alternance FA/bradycardie sinusale.
- *Dans les valvulopathies*, la FA est un tournant évolutif dans la maladie et doit faire discuter une correction valvulaire chirurgicale ou percutanée.
- *En cas d'hyperthyroïdie*, la cardioversion ne doit être envisagée qu'après correction de l'hyperthyroïdie. Le propanolol est habituellement utilisé pour le contrôle de fréquence.
- *En cas de flutter auriculaire*, l'indication de traitement anticoagulant est identique. Par contre, le traitement antiarythmique de première intention consiste en l'ablation par radiofréquence de l'isthme cavo-tricuspide.

SURVEILLANCE

- De l'efficacité du traitement : INR pour les AVK avec un objectif entre 2 et 3. Pas de surveillance de l'INR pour les nouveaux anticoagulants.
- Des effets indésirables de l'anticoagulation : saignements divers. Pour les NACO, surveillance de l'hémoglobine, de la clairance de la créatinine et des transaminases tous les ans (ou tous les 6 mois si ClCr < 60 mL/min ou âge > 75 ans).
- Du risque de dysthyroidies sous amiodarone : TSH 2 fois/an.

NOTES PERSONNELLES

F

Fibromyalgie

RAPPELS

Ensemble syndromique d'évolution chronique associant douleurs musculaires diffuses, fatigue, troubles du sommeil, troubles cognitifs mineurs et troubles de l'humeur. D'origine indéterminée, il affecte le sexe féminin de façon prédominante (5/1), le plus souvent entre 30 et 60 ans. L'appellation de « syndrome polyalgique idiopathique diffus » a été proposée en France.

Diagnostic Clinique : la douleur diffuse constitue le principal symptôme, de début insidieux, présente depuis plus de 3 mois, ressentie au niveau des muscles et des articulations, variable en localisation et en intensité, accentuée par la pression. Ce constat a conduit à proposer des critères diagnostiques (ACR 1990) fondés sur la douleur provoquée à la pression digitale (4 kg) d'au moins 11/18 points-tests bilatéraux (occiput, cervical bas, trapézien, sus-épineux, 2e côte, épicondylien, fessier, trochantérien et genou).

En fait, le diagnostic repose sur une analyse globale prenant également en compte d'autres symptômes (fatigue, troubles du sommeil, troubles cognitifs, symptômes somatiques) et nécessite l'élimination de diagnostics différentiels (rhumatismes inflammatoires, pathologies dysimmunitaires ou osseuses, médicaments, hypothyroïdie, etc.) ainsi qu'un recul suffisant.

Une fatigue chronique marquée et des manifestations dépressives sont fréquemment associées.

Les examens biologiques complémentaires sont normaux de même que les examens d'imagerie.

Objectif thérapeutique

- *Soulager les douleurs :* médicaments antalgiques sauf opioïdes forts (risque de dépendance). Des imipraminiques tricycliques ou des anticonvulsivants sont également proposés hors AMM.
- *Réduire le retentissement de cette maladie chronique :* un soutien psychologique et différentes techniques de relaxation peuvent être bénéfiques.
- *Une prise en charge pluridisciplinaire* (médecin généraliste, centre antidouleur, psychologue ou psychiatre, kinésithérapeute, etc.) est recommandée.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Rechercher un médicament susceptible d'induire des myalgies :* fibrates, statines, colchicine, etc. (vérifier les ordonnances).
- *Rechercher des contre-indications aux antalgiques chroniques :*
  - paracétamol : maladies hépatiques ;
  - codéine : maladies respiratoires ou hépatiques ; grossesse ;
  - amitriptyline : glaucome par fermeture de l'angle, infarctus myocardique récent, obstacle prostatique.
- *Rechercher des associations contre-indiquées ou déconseillées :*
  - codéine : agonistes-antagonistes morphiniques ;
  - amitriptyline : IMAO, autres antidépresseurs, antihypertenseurs centraux.
- *Recherche d'associations à prendre en compte :*
  - codéine : dépresseurs du SNC (effets sédatifs accrus) ;
  - amitriptyline : anticholinergiques, anticonvulsivants, antihypertenseurs, baclofène ;
  - prégabaline : benzodiazépines (risque de somnolence accru).

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• **Amitriptyline 4 % gouttes :** 15 gouttes le soir une demi-heure avant le coucher, posologie à augmenter à 25 gouttes après 15 jours si effet insuffisant et en l'absence d'effets indésirables significatifs.

• **Paracétamol 1 000 mg :** 1 cp matin et soir pour calmer les douleurs. 1 cp matin, midi et soir si résultat insuffisant. Ne pas dépasser 4 grammes/j.

• *Si les douleurs restent mal calmées*, prendre à la place du paracétamol : **paracétamol 500 + codéine 30,** 1 cp 2 ou 3 fois/j. Ne pas dépasser 4 cp/j. Attention à la dépendance possible.
Prescription pour 3 mois avec réévaluation clinique à l'issue.

Règles hygiénodiététiques

L'exercice physique régulier est fortement recommandé en première intention, significativement efficace contre la douleur et le handicap fonctionnel. Un accompagnement spécialisé peut initialement diminuer la tension physique et assurer un réentraînement à l'effort.

Prise en charge complémentaire

• Différentes **techniques de relaxation** peuvent être proposées : massages décontracturants, sophrologie, *training* autogène de Schultz, yoga, en fonction des possibilités locales et des préférences de la patiente. Une cure thermale en milieu rhumatologique peut également entraîner un bénéfice.

• Une **prise en charge psychologique** est nécessaire en cas de souffrance morale liée à l'évolution chronique et au retentissement personnel et social.

Situations particulières

En cas d'évolution rebelle ou de rechute, une épreuve pharmacologique par un anticonvulsivant est possible au prix d'effets indésirables fréquents : **prégabaline 150 mg**, débuter par 1 cp/j au repas du soir puis, après 7 jours, augmenter en fonction de la réponse et de la tolérance à 1 cp matin et soir puis éventuellement 3 cp/j la semaine suivante, soit 450 mg/j (amélioration > 50 % chez 25 à 30 % des patients). Une posologie de 600 mg/j est possible mais accroît nettement le risque d'intolérance.

SURVEILLANCE

- Il s'agit d'une pathologie chronique rebelle évoluant par poussées, nécessitant une prise en charge au long cours pour juger de la tolérance du traitement et de son efficacité qui n'est souvent que partielle.
- Les poussées peuvent être aggravés par le stress, les chocs émotionnels et les traumatismes.
- L'amitriptyline peut entraîner somnolence, sécheresse buccale et constipation.
- La codéine peut entraîner nausées, constipation et sensations vertigineuses.
- La prégabaline entraîne fréquemment somnolence et étourdissements.

NOTES PERSONNELLES

F

Fièvre chez l'enfant

RAPPELS

Premier motif de consultation chez l'enfant, la fièvre est le plus souvent d'origine virale et bénigne mais le médecin doit reconnaître les situations d'urgence, celles qui nécessitent un traitement étiologique, et dans tous les cas doit expliquer clairement aux parents l'attitude à adopter, immédiatement et dans les jours à venir en fonction de l'évolution.

Diagnostic Clinique sur une élévation de la température > 38 °C au repos. Les manifestations cliniques sont souvent pauvres et la prise de température doit être largement réalisée en cas d'anorexie, de vomissements, d'apathie ou d'irritabilité, de céphalées, de douleurs inexpliquées, de modifications des téguments ou d'une simple diminution des activités, *etc.*

Le clinicien doit identifier rapidement les situations à risques et décider d'une prise en charge ambulatoire ou hospitalière :
– nourrisson < 3 mois et particulièrement < 6 semaines : hospitalisation systématique ;
– signes de gravité pouvant témoigner d'une infection sévère : détresse respiratoire, teint gris, somnolence, cris geignards, téguments marbrés, purpura (méningocoque), temps de recoloration cutanée > 3 s, selles glairo-sanglantes, bombement de la fontanelle, raideur du rachis, signes neurologiques focaux → hospitalisation en urgence ;
– une convulsion fébrile survient chez 3 à 5 % de l'ensemble des enfants (*cf.* fiche « Convulsion fébrile ». Lorsqu'elle est « simple », c.-à-d. unique, entre 1 à 3 ans, avec un développement psychomoteur normal et sans signe neurologique, elle ne justifie pas d'investigations

complémentaires. À l'inverse, tout signe de crise « complexe » : âge < 1 an, crise > 15 min, récidive dans les 24 h, début focal, anomalie neurologique, justifie une hospitalisation ;
– une déshydratation aiguë peut compliquer une fièvre très élevée dans un environnement excessivement chaud avec une hydratation insuffisante ;
– présence d'une affection chronique pulmonaire ou rénale, immunosuppression, etc. ;
– capacités de surveillance limitées de l'entourage.

Objectif thérapeutique

- *Améliorer le confort de l'enfant* (paracétamol et/ou ibuprofène).
- *Traiter la maladie causale* s'il y a lieu et éviter les traitements antibiotiques par excès.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Rechercher des signes cliniques d'infection bactérienne :* ORL, pulmonaire, digestive, neurologique, etc.
- *Envisager la nécessité d'examens complémentaires :*

– une angine moyenne aiguë chez un enfant sans facteur de risque ne nécessite aucun examen paraclinique ;
– une angine chez un enfant > 3 ans nécessite la pratique d'un test de diagnostic rapide (TDR) pour différencier une angine streptococcique, justifiable d'une antibiothérapie, d'une angine virale dont le traitement est uniquement symptomatique ;
– une bandelette urinaire est justifiée chez le nourrisson si fièvre > 39 °C ainsi que chez l'enfant plus grand en cas de signes fonctionnels urinaires et/ou douleurs abdominales.

- *Rechercher des contre-indications :*

– paracétamol : hypersensibilité connue ou insuffisance hépatocellulaire ;
– ibuprofène : allergie aux AINS, insuffisance hépatique, rénale ou cardiaque sévère, lupus érythémateux ;
– amoxicilline : allergie aux pénicillines, mononucléose infectieuse.

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• Ne prescrire qu'un seul médicament antipyrétique. L'administration doit être continue, au moins 48 heures, sans chercher à adapter les prises au degré de température. Vérifier que l'enfant n'a pas déjà reçu un traitement antipyrétique (ne pas dépasser les doses maximales recommandées).

• *Le bénéfice de l'alternance de deux molécules n'est pas établi.* Cette combinaison peut néanmoins être envisagée si la fièvre persiste au delà de 24 heures.

• *L'administration d'aspirine doit être évitée*, en particulier dans les syndromes d'allure grippale.

• Le traitement étiologique de la fièvre est essentiel lorsqu'il est possible.

• **Paracétamol enfant ou nourrisson :** 15 mg/kg/prise toutes les 6 heures, sans dépasser 80 mg/kg/jour (à privilégier en 1re intention).

ou :

• **Ibuprofène :** 7,5 mg/kg par prise toutes les 6 heures (à éviter en cas de varicelle, comme tous les AINS).

Mesures hygiénodiététiques

• Ne pas trop couvrir l'enfant et aérer la pièce.

• Le faire boire le plus souvent possible.

Situations particulières

• *Une antibiothérapie probabiliste peut être associée d'emblée :*
– en cas de terrain à risques : nourrisson < 3 mois, suspicion d'infection sévère, etc.;

Situations particulières (suite)

– en présence de signes cliniques d'orientation : angine streptocoque β-hémolytique du groupe A, otite moyenne aiguë purulente, pneumonie, *etc.*

• **Amoxicilline + acide clavulanique susp. buv. enfant ou nourrisson :** 80 mg/kg/jour à répartir en 3 prises. La durée est fonction de l'âge (jusqu'à 10 jours avant 2 ans) et du type d'infection suspectée.

Information et conseils aux parents

• *S'assurer de la compréhension de la prescription* en informant qu'une maladie virale peut entraîner une fièvre susceptible de durer jusqu'à 3 voire 5 jours.

• *Préciser les signes devant conduire à une nouvelle consultation urgente : cf.* signes de gravité ci-dessus. Il est recommandé d'écrire ces informations sur l'ordonnance remise aux parents.

SURVEILLANCE

• *De la température toutes les 6 heures* (ne pas réveiller l'enfant sauf signes de gravité). Une fièvre persistante > 3 jours nécessite un nouvel examen médical.

• Une *convulsion fébrile* nécessite un nouvel examen médical.

NOTES PERSONNELLES

F

Furonculose

RAPPELS

Infection profonde du follicule pileux à *Staphylococcus aureus*, la furonculose correspond à la survenue de plusieurs furoncles sur une période de quelques mois. Les complications possibles sont locorégionales, telles que l'abcès cutané ou la lymphangite, et rarement systémiques telles que la bactériémie. La staphylococcie maligne de la face est devenue exceptionnelle grâce aux antibiotiques. Par contre, le risque le plus important est le passage à la chronicité.

Diagnostic Clinique devant une lésion inflammatoire douloureuse centrée par un poil ou par un orifice d'où s'écoule du pus après élimination du follicule pileux nécrosé (bourbillon). Elle siège le plus souvent sur les fesses ou la nuque. Il n'y a pas de signes généraux d'infection. L'anthrax est un placard inflammatoire hyperalgique parsemé de pustules correspondant à un agglomérat de furoncles ; il peut comporter des signes généraux.

Objectif thérapeutique Guérir la lésion et empêcher les récidives.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Recherche des facteurs favorisants* : diabète, immunosuppression, atopie ou facteurs favorisant les frottements (obésité, hypersudation).
- *Recherche d'un portage de Staphylococcus aureus* par mise en culture des écouvillonnages pratiqués sur les gîtes (cicatrices d'anciens

furoncles, nez, oreilles, aisselles, périnée, ombilic). Cet examen, indispensable dans les formes chroniques et/ou récidivantes, permettra éventuellement de déterminer la sensibilité des staphylocoques aux antibiotiques et leur caractère éventuellement résistant à la méticilline (SARM).

- *Rechercher une possible interaction médicamenteuse avec la pristinamycine :* ciclosporine (élévation des taux plasmatiques).

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance de traitement du furoncle simple

- Ne pas inciser ou manipuler les furoncles :

– **alcool 70° dénaturé :** un flacon de 20 mL ;

– compresses stériles 10 x 10 cm : appliquer une compresse imbibée d'alcool à 70° sur les furoncles matin et soir, ce qui accélère leur maturation.

- Protéger le furoncle avec une compresse nuit et jour.

Ordonnance en cas de furoncles multiples ou de furoncle situé dans la zone centrofaciale ou chez un patient ayant un terrain particulier (diabète déséquilibré, immunodépression)

Pristinamycine 500 : 2 cp matin, midi et soir aux repas pendant 10 jours.

Règles hygiénodiététiques

- Douche quotidienne à l'eau et au savon ordinaire.
- Lavage répété des mains.
- Port de vêtements larges.

Situations particulières

- En cas de prélèvements positifs à *Staphylococcus aureus* dans un ou plusieurs gîtes : **acide fusidique crème ou pommade** ou **mupirocine en pommade nasale :** 2 applications/j sur tous les sites positifs à *Staphylococcus aureus* et les cicatrices d'anciens furoncles.

Situations particulières (suite)

Traitement de 5 à 7 jours, à renouveler tous les mois pendant 6 mois.

- *Un métier impliquant des contacts avec des aliments* doit faire prescrire un arrêt de travail jusqu'à guérison.
- *Dans les cas réfractaires*, un prélèvement peut également être réalisé dans l'entourage proche avec traitement par antibiothérapie locale des gîtes positifs.

SURVEILLANCE

De la tolérance du traitement (pristinamycine) : troubles digestifs (réduits par la prise aux repas), réactions allergiques rares mais parfois graves.

NOTES PERSONNELLES

G

Gale

RAPPELS

Infestation fréquente due à un acarien *Sarcoptes scabiei hominis*, transmis par contact direct au sein d'un couple, d'une famille, d'une institution, et entre soignant et soigné. Transmission indirecte possible par des vêtements, la literie, les serviettes, en particulier dans les gales profuses et hyperkératosiques. Incubation de 15 à 20 jours. Risque de surinfection avec impétigo (tout impétigo doit faire rechercher une gale sous-jacente) ou d'eczématisation secondaire.

Diagnostic Clinique associant, au niveau cutané :
– un prurit parfois intense, à recrudescence nocturne, souvent familial;
– des lésions spécifiques : vésicules perlées et sillons scabieux, à topographie évocatrice (faces latérales des doigts, paumes des mains, poignets, face interne des cuisses, organes génitaux externes, région périmamelonnaire chez la femme, mains et pieds chez les nourrissons). Des papules des coudes, des régions axillaires et génitales sont associées. Le visage est le plus souvent respecté sauf dans les formes profuses;
– des lésions peu spécifiques souvent associées : lésions de grattage, eczématisation.
En cas de doute, un examen parasitologique est possible : prélèvement effectué à l'extrémité d'un sillon, par un opérateur expérimenté. Les faux négatifs sont fréquents dans la gale commune.

Objectif thérapeutique Interrompre le prurit, éliminer le parasite et éviter la contamination de l'entourage.

Un traitement local au benzoate de benzyle doit être proposé en première intention. Un traitement par voie générale est proposé en cas de gale profuse, de réinfestation ou par facilité (nombre de personnes affectées important).

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- La gale est considérée comme une infection sexuellement transmissible. Une *sérologie syphilis et VIH* doit être proposée au patient.
- *Recherche de contre-indications à l'ivermectine* : enfant de poids < 15 kg.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• Le traitement local de **benzoate de benzyle** (1 flacon de 125 mL à 10 %) consiste en 2 applications à 8 jours d'intervalle soit J0 et J8 + à J1 et J9 pour le traitement de l'environnement :
– pour l'adulte et l'enfant > 2 ans, à J0 : prendre un bain ou une douche le soir et se sécher. Il est important d'utiliser du linge propre (vêtements, serviette de bain) après la douche et de changer le linge de lit afin d'éviter une nouvelle contamination. Appliquer le produit avec une compresse (ne pas utiliser de ouate de coton ou de lingette imprégnée) en 2 couches successives à 10-15 minutes d'intervalle (correspondant au temps de séchage) sur la totalité de la surface corporelle en insistant sur les lésions, sans oublier les plis cutanés, les espaces interdigitaux, sous les seins, le nombril, les parties génitales externes, sous les ongles, le cuir chevelu et en évitant le visage et les muqueuses. Un temps de contact de 24 heures doit être respecté. Après 24 heures, prendre une douche et se rincer abondamment. Il est de nouveau nécessaire de prendre une serviette de bain propre. Prendre des vêtements propres et changer les draps de lit une nouvelle fois ;
– à J1, traitement de l'environnement : le matin suivant l'application, procéder au nettoyage des locaux et, en cas de gale profuse ou hyperkératosique, à une désinfection par un acaricide de la literie (matelas, sommier), de la moquette et autres mobiliers adsorbants. Traitement des vêtements et du linge : rassembler le linge utilisé jusqu'à ce jour (y compris serviettes de toilette, draps, taies, etc.) et le laver en machine à laver à 60 °C ou le désinfecter avec un acaricide (stockage en sac plastique fermé qui sera gardé au moins 3 heures) ou par mise en quarantaine de 3 jours (en cas de gale commune) ou de 8 jours (en cas de gale profuse ou hyperkératosique) dans un sac plastique fermé qui sera gardé à température supérieure à 20 °C. Ne pas oublier de traiter les objets qui peuvent

Situations particulières (suite)

avoir été en contact avec le corps tels que : brassard de tensiomètre, chaussures, peluches, etc. Passer l'aspirateur énergiquement sur les tapis et les coussins ;
– à J8, appliquer à nouveau le produit selon les mêmes modalités qu'à J0 ;
– à J9, *cf.* J1 pour les mesures de décontamination de l'environnement ;
– pour la femme enceinte : même schéma que celui de l'adulte avec l'application d'une seule couche et un temps de contact de 24 heures à J0 et à J8 ;
– pour un enfant < 2 ans : même schéma que celui de l'adulte avec l'application d'une seule couche et un temps de contact de 12 heures voire 6 heures chez les très jeunes enfants selon l'étendue des lésions scabieuses (gale commune, hyperkératosique ou profuse) et selon la tolérance individuelle. Il est recommandé d'envelopper les mains de l'enfant dans des moufles afin d'éviter l'ingestion du produit et de limiter les lésions de grattage ;
– ce médicament ne doit pas être utilisé chez les nouveau-nés < 1 mois en raison de la présence d'alcool benzylique.

• **Ivermectine 3 mg :** 200 µg/kg en 1 prise unique *per* os au cours d'un repas. Nombre de comprimés à 3 mg en fonction du poids corporel : 15 à 24 kg, 1 cp ; 25 à 35 kg, 2 cp ; 36 à 50 kg, 3 cp ; 51 à 65 kg, 4 cp ; 66 à 79 kg, 5 cp ; si > 80 kg, 6 cp.

Traitement à renouveler à J14.

• **Crème émolliente** sur les lésions.

• **Effectuer la même ordonnance pour l'entourage du patient en fonction du type de gale (commune ou profuse).**

Situations particulières (suite)

Règles hygiénodiététiques

Essentielles sous peine de réinfestation : laver les draps et les vêtements à 60 °C (le parasite meurt au-dessus de 55 °C). Si ce n'est pas possible, désinfection avec un **aérosol scabicide : A-par®** et isolement dans des sacs poubelles hermétiques pendant 72 h.

Pour l'entourage, un traitement antiscabieux et la désinfection doivent se faire simultanément suivant un protocole rigoureux, avec nécessité de traiter tous les sujets contacts, même sans symptômes (porteurs sains) :
– 1er cercle : les personnes ayant eu un contact cutané prolongé avec le cas (entourage familial proche, relations sexuelles, soins de nursing) ;
– 2e cercle : les personnes vivant ou travaillant dans la même collectivité ;
– 3e cercle : les personnes visitant occasionnellement la collectivité, voire leur entourage.

En cas de gale commune, tous les sujets du 1er cercle doivent être traités, y compris les sujets asymptomatiques.

En cas de gale profuse, les sujets contacts du 2e cercle et, le cas échéant, ceux du 3e cercle doivent être traités.

Situations particulières

• *La gale profuse* (dont l'une des formes peut être hyperkératosique) doit être identifiée pour adapter les modalités de prise en charge devant une grande contagiosité. Elle a une définition clinique et surtout parasitaire (charge parasitaire importante). Elle se manifeste cliniquement par quelques atypies : sillons rouge vif, multiples papules et vésicules, atteinte du dos. La forme hyperkératosique peut être localisée ou érythrodermique. La forme profuse/hyperkératosique est liée notamment à un diagnostic tardif, à une application de dermocorticoïde (errance diagnostique),

Situations particulières (suite)

à une immunodépression et touche préférentiellement le sujet âgé institutionnalisé. Devant toute suspicion de gale profuse/hyperkératosique, il faut solliciter **un avis spécialisé et une hospitalisation** est souvent nécessaire pour isoler le patient en chambre seule (difficulté d'isolement de contact en institution).

- *Chez l'enfant de moins de 15 kg* : **benzoate de benzyle 10 %**, 1 application sur l'ensemble du corps pendant 12 h sans contact avec l'eau. Bien rincer ensuite.

SURVEILLANCE

Prévenir le patient du risque de prurit persistant jusqu'à 15 jours (maximum 1 mois) après le traitement. La persistance ultérieure du prurit doit faire évoquer un traitement insuffisant (mauvaise compréhension) ou une réinfestation précoce par des sujets en contact, plus rarement un eczéma.

NOTES PERSONNELLES

G

Gastrite

RAPPELS

La gastrite aiguë est une inflammation de la muqueuse gastrique qui se manifeste par des douleurs épigastriques, d'apparition récente, parfois de type ulcéreux. Les principales causes sont : prise d'AINS, primo-infection à *Helicobacter pylori*, défaillance multiviscérale, prise de caustiques, intoxication alcoolique.

La gastrite chronique correspond à des lésions inflammatoires et/ou atrophiques plus ou moins étendues et sévères de la muqueuse gastrique. Cette dernière peut être le siège d'une métaplasie intestinale qui peut se compliquer de lésions dysplasiques (légère, modérée, sévère) et de cancer. Les gastrites chroniques, quelle qu'en soit la cause, sont des lésions précancéreuses et justifient une surveillance endoscopique.

Diagnostic

- Gastrite aiguë : l'examen endoscopique constate des lésions multiples, érythémateuses, pétéchiales, érosives, exulcérées. Les biopsies confirment le diagnostic.
- Gastrite chronique, les symptômes cliniques sont aspécifiques : asymptomatiques, douleurs épigastriques vagues ou syndrome ulcéreux.

Objectif thérapeutique Soulager le patient ; cicatriser les lésions gastriques ; éradiquer *Helicobacter pylori* en cas d'infection ; dépister des lésions précancéreuses.

➠ *Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) sont essentiels.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

Rechercher des interactions médicamenteuses avec les IPP : atazanavir et nelfinavir (dont l'absorption est réduite de 75 %) ; clopidogrel (réduction de l'activité antiagrégante) ; les nombreux substrats du cytochrome P 2C19 (anticonvulsivants, antidépresseurs, antidiabétiques oraux, AINS, AVK (perturbations de l'INR), tamoxifène, voriconazole, *etc.*).

- *Rechercher des associations médicamenteuses déconseillées* :

– *amoxicilline* : allopurinol, méthotrexate ;
– *clarithromycine* : dérivés de l'ergot de seigle, bépridil, cisapride, statines, halofatrine ;
– lévofloxacine : nitrofuranes, psoralènes.

- *Rechercher des terrains à risques* : insuffisance rénale ou hépatique, sujets âgés.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

Oméprazole 20 mg : 1 gél./j, pendant 6 semaines.

Ordonnance en présence d'*Helicobacter pylori* : IPP + antibiothérapie

• *Le traitement probabiliste comporte deux options :*
– soit *quadrithérapie concomitante de 14 jours* associant un IPP une dose matin et soir (ex. : **oméprazole 20 mg** matin et soir) + **amoxicilline** (1 g matin et soir) + **clarithromycine** (500 mg matin et soir) + **métronidazole** (500 mg matin et soir) ;
– soit *quadrithérapie avec bismuth de 10 jours* associant un IPP (même dose) à une association pharmaceutique de bismuth + tétracycline + métronidazole (**Pylera®** : 3 gél. 4 fois/j). À prendre avec un grand verre d'eau (250 mL) après les repas. Ne pas dépasser 10 jours de traitement. *Cette option est à privilégier en cas de prise antérieure de macrolide ou d'allergie à l'amoxicilline.*

• *Le traitement est guidé par l'étude de la sensibilité aux antibiotiques :*
– en cas de sensibilité à la clarithromycine, une *trithérapie concomitante de 14 jours* associant un IPP + **amoxicilline** + **clarithromycine** (mêmes doses)
– en cas de résistance à la clarithromycine (30 %), une *trithérapie concomitante de 14 jours* associant un IPP (même dose) + **amoxicilline** + lévofloxacine (500 mg/j en une prise) ;
– en cas d'allergie à l'amoxicilline, quadrithérapie au bismuth de 10 jours (*cf.* ci-avant).

• Une information soigneuse du patient est nécessaire afin d'assurer une observation optimale.

Règles hygiénodiététiques

- Arrêt du tabac qui augmente la sécrétion acide et retarde la cicatrisation des ulcères duodénaux.
- Arrêt de l'alcool qui favorise les gastrites et les ulcères aigus.
- Éviter l'automédication, notamment à base d'AINS et d'aspirine.

Situations particulières

- *L'infection chronique à* Helicobacter pylori *entraîne une gastrite atrophique antrale* qui progresse de manière ascendante vers le fundus. Cette gastrite chronique de type B, dans sa forme évoluée, s'accompagne d'une achlorydrie par atrophie fundique. Le traitement repose sur l'éradication d'*Helicobacter pylori* (*cf.* ci-dessus) et du *contrôle systématique de l'éradication 4 semaines après le traitement par un test respiratoire*. Réaliser 2 ordonnances, l'une pour l'achat du test en pharmacie : **Helicobacter Test INFAI®**, l'autre pour sa réalisation en laboratoire.

- *La gastrite sur reflux bilieux* survient après cholécystectomie ou après anastomose gastrojéjunale. L'examen endoscopique objective souvent le reflux bilieux. Le traitement repose sur l'utilisation de cicatrisants : **sucralfate 2 g**, 1 sachet 2 fois/j 4 à 8 semaines.

- *La gastrite auto-immune de Biermer* est due à des autoanticorps ayant pour cible les cellules pariétales gastriques et le facteur intrinsèque (nécessaire à l'absorption de la vitamine B12). Elle se caractérise par une gastrite chronique de type A, prédominant dans le fundus, à l'origine d'une achlorydrie, et d'une carence en vitamine B12 :
– sur le plan digestif, nécessité d'une surveillance endoscopique régulière en raison d'un risque cancérigène accru ;
– sur le plan carentiel en B12 : **vitamine B12 1 000 µg**, 1 ampoule par voie IM tous les 2 jours pendant un mois (pour corriger le déficit) puis 1 ampoule IM tous les 3 mois à vie. Un traitement par voie orale est possible à raison d'une ampoule à 1 000 µg/j ; cependant,

Situations particulières (suite)

l'absorption digestive est très médiocre et la compliance est incertaine → surveillance.

- *La maladie de Ménétrier* est une gastropathie hypertrophique géante : l'hyperplasie de l'épithélium mucosécrétant entraîne un épaississement de la muqueuse, à l'origine d'un exsudat riche en protéines gastriques avec amaigrissement, hypoprotidémie, syndrome œdémateux. Elle peut se compliquer de cancer.

SURVEILLANCE

En cas de risque de cancer, une surveillance endoscopique est indiquée :
– gastrite atrophique ou métaplasie intestinale sévère ou diffuse sans dysplasie : gastroscopie tous les 3 ans ;
– dysplasie de bas grade : gastroscopie tous les ans ;
– dysplasie de haut grade : résection.

NOTES PERSONNELLES

G

Gastroentérite aiguë infectieuse

RAPPELS

Infection digestive fréquente, en règle générale bénigne et le plus souvent d'origine virale, la gastroentérite aiguë atteint essentiellement les enfants de moins de deux ans, avec un pic maximum entre six et douze mois. Mais elle concerne également les adultes, en particulier en collectivité, et les sujets âgés doivent faire l'objet d'une prise en charge attentive.

Plus rarement, une origine bactérienne ou parasitaire peut être liée à une toxi-infection alimentaire ou à un voyage en zone à faible niveau d'hygiène.

Diagnostic Clinique sur l'association, dans un contexte fébrile, de douleurs abdominales, de vomissements et rapidement d'une diarrhée.

Le contexte épidémiologique oriente le diagnostic étiologique : gastroentérite virale en général épidémique, toxi-infection alimentaire familiale ou communautaire (toxi-infections alimentaires collectives : TIAC), diarrhée du voyageur.

Le germe doit être recherché systématiquement dans les selles au cours des TIAC pour des raisons thérapeutiques et médicolégales. En revanche, cette recherche n'est pas nécessaire dans une diarrhée épidémique probablement virale ou dans une diarrhée du voyageur dans sa phase initiale sauf terrain immunodéprimé ou débilité, tableau sévère (fièvre élevée, diarrhée sanglante, signes abdominaux marqués),

antibiothérapie récente (recherche de *Clostridium difficile*) et diarrhée prolongée du voyageur (recherche de parasites).

Objectif thérapeutique La guérison étant généralement spontanée en quelques jours, la prise en charge doit assurer le maintien d'une hydratation suffisante et améliorer le confort du malade. La survenue d'une déshydratation, potentiellement sévère chez l'enfant et les sujets fragiles, doit faire l'objet d'une surveillance étroite pour envisager une hospitalisation pour réhydratation parentérale.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT EN AMBULATOIRE

- *S'assurer de l'absence de gravité* (déshydratation, météorisme abdominal marqué, syndrome dysentérique, hyperthermie majeure, terrain fragile, perte de poids > 8 % chez l'enfant) justifiant une hospitalisation.
- *S'assurer de l'absence de signe neurologique* associé (diplopie) devant faire suspecter un botulisme.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• Chez les sujets fragiles (enfants et en particulier nourrissons, sujets âgés), des **solutions de réhydratation orales (SRO)** type Adiaril®, Alhydrate®, etc. sont nécessaires, administrées 2 fois/h en petite quantité, en fonction de la tolérance.

• **Lopéramide 2 mg :** 2 gél. initialement, puis 1 gél. après chaque selle sans excéder 8 gél./j chez l'adulte. Chez l'enfant > 8 ans, même posologie mais dose maximale : 12 mg/j. Chez l'enfant > 2 ans, **lopéramide solution buvable (0,2 mg/mL) :** 0,1 mg/kg/j, soit une dose à chaque selle liquide sans dépasser 5 prises/j.

• **Métoclopramide 10 mg :** 1 cp 3 fois/j en cas de vomissements chez l'adulte (chez l'enfant, ce médicament est réservé aux vomissements associés aux chimiothérapies).

• La prescription d'antibiotiques est inutile en dehors des formes sévères d'origine bactérienne.

Règles hygiénodiététiques

• Exclusion des laitages (chez le nourrisson, alternance des tétées et de solutions SRO). Boissons abondantes (salées et sucrées). En l'absence de SRO, le Coca-Cola™ peut être utilisé.

• Régime à base de riz, carottes, bananes.

• La prévention repose essentiellement sur le renforcement des mesures d'hygiène des mains et des surfaces (lavage soigneux des mains au savon après passage aux toilettes, après avoir changé les bébés et avant les repas).

Situations particulières

Les diarrhées à germes invasifs se manifestent par un syndrome dysentérique (douleurs violentes, diarrhée glaireuse ou sanglante,

Situations particulières (suite)

fièvre, altération de l'état général). La coproculture et l'examen parasitologique des selles sont indispensables. Les ralentisseurs du transit intestinal (lopéramide) sont contre-indiqués. Le traitement, adapté à l'étiologie, doit être mis en œuvre en milieu hospitalier lorsqu'une hydratation parentérale est indispensable (formes prolongées, vomissements, hyperthermie sévère).

SURVEILLANCE

- La surveillance clinique porte sur le transit intestinal, la recherche de signes abdominaux et généraux (fièvre), le poids chez l'enfant et la recherche de signes de déshydratation : une hospitalisation est systématique si perte de poids > 8 %, troubles de conscience, vomissements incoercibles ou sang dans les selles.
- Dans les formes sévères, prolongées, ou survenant sur un terrain fragile, un suivi de la fonction rénale et du ionogramme sanguin est indiqué en milieu hospitalier. La suspension transitoire d'un traitement diurétique ou antihypertenseur doit être envisagée, en particulier chez les sujets âgés.

NOTES PERSONNELLES

G

Glossodynie

RAPPELS

La glossodynie, également appelée stomatodynie, est caractérisée par la survenue de douleurs neuropathiques affectant la langue et la cavité buccale en l'absence de lésions sous-jacentes décelables. Plus fréquente dans le sexe féminin (> 80 %), sa prévalence augmente avec l'âge (âge moyen # 60 ans) et un terrain anxieux +/- dépressif est volontiers associé à ces douleurs rebelles.

Diagnostic

- Diagnostic clinique devant : 1) la localisation des douleurs à la pointe et aux bords de la langue, mais également au palais et au sommet des dents ; 2) la sensation de brûlure (« bouche en feu »), de gêne déprimante et de picotements ; 3) l'évolution chronique de manifestations diurnes atténuées durant les repas avec rebond ultérieur ; 4) l'association fréquente à une xérostomie et à une dysgueusie ; 5) l'absence de toute anomalie identifiée.

- Un examen clinique approfondi (état dentaire, muqueuse gingivale, glandes salivaires, articulé dentaire, sensibilité du territoire trijumeau) et d'éventuelles expertises complémentaires en fonction du terrain (dentiste, orthopantomogramme, biologie) sont nécessaires pour rechercher une pathologie sous-jacente d'origine dysimmunitaire (allergie de contact, glossite exfoliatrice marginée, aphtose récidivante, lichen plan, pemphigus), infectieuse (herpès, candidose), métabolique (diabète, déficit en vitamines B2, B9, B12, en fer ou en zinc), tumorale (carcinome) ou traumatique (dent cassée, prothèse

inadaptée). Le reflux gastro-œsophagien chronique peut également entraîner des brûlures.

Objectif thérapeutique

• *Soulager la patiente de douleurs* chroniques et/ou récidivantes. Les traitements antalgiques classiques sont souvent peu efficaces. Les **antidépresseurs tricycliques**, introduits sur la base d'observations empiriques de leur effet analgésique, ont été validés dans les douleurs neuropathiques. En deuxième intention, le **clonazépam** (benzodiazépine antiépileptique) peut être recommandé, mais sa prescription est réservée aux neurologues.

• *Améliorer les éventuels troubles associés :* insomnie, anxiété, dépression.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Rechercher une pathologie sous jacente :* aucun examen complémentaire n'est nécessaire dans les cas typiques. Au contraire, la présence d'un érythème ou de lésions muqueuses et l'absence de recrudescence après les repas constituent des arguments en faveur d'une douleur symptomatique (cf. ci-dessus).

• *Évaluer la sévérité de la douleur* au moyen d'une échelle visuelle analogique de 1 à 10, ce qui permet de suivre son évolution de manière plus objective.

• *Information du patient :* 1) sur l'absence de substratum anatomique et sur le caractère neuropathique de la douleur (dysrégulation des fibres nerveuses) ; 2) sur l'influence du stress chronique et de la ménopause ; 3) sur l'absence de gravité organique et la nécessité d'une adaptation individuelle. Une mise en garde vis-à-vis de comportements inadaptés face à cette gêne qui ne perturbe ni la parole, ni l'alimentation, ni le sommeil.

• *Avec les tricycliques :*

– *rechercher des contre-indications* : glaucome par fermeture de l'angle, obstacle urétro-prostatique, infarctus du myocarde récent, association aux IMAO et à l'oxitriptan ;

– *rechercher les terrains à risques* : ATCD d'épilepsie, de pathologie cardiovasculaire, d'insuffisance rénale ou hépatique, conducteurs de véhicules ;
– *rechercher les associations déconseillées* : antidépresseurs sérotoninergiques purs, anti-hypertenseurs centraux ;
– *rechercher les associations à prendre en compte* : atropiniques, anticonvulsivants, baclofène.

• *Avec le clonazépam* :
– *rechercher des contre-indications* : insuffisance respiratoire, insuffisance hépatique, apnées du sommeil, myasthénie, comportement addictif ;
– *rechercher les associations déconseillées* : alcool, carbamazépine, autres médicaments sédatifs, barbituriques, buprénorphine, clozapine, morphiniques, phénytoïne ;
– *précautions d'emploi* : 1) *en cas d'épisode dépressif majeur*, une benzodiazépine utilisée seule accroît le risque suicidaire ; 2) *chez les patients épileptiques*, les anticonvulsivants ne doivent pas être arrêtés brutalement au risque de survenue d'un état de mal épileptique ; 3) *outre la nécessité d'une décroissance progressive des doses*, avertir le malade de la possibilité d'un phénomène de rebond ; 4) *grossesse et allaitement* : prescription déconseillée.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

- **Amitriptyline** 4 % gouttes (1 mg/goutte) : débuter par 10 gouttes le soir ½ heure avant le coucher puis, si effet insuffisant, augmenter de 5 gouttes le soir par paliers hebdomadaires jusqu'à la posologie efficace (10 à 100 mg/jour) ou l'apparition d'effets indésirables.
- **Note :** *prudence chez les conducteurs et utilisateurs d'engins (somnolence possible).*

Règles hygiénodiététiques

- Éviter les traitements locaux susceptibles d'aggraver les douleurs.
- Encourager une activité physique régulière (piscine, marche).
- Techniques de relaxation : training autogène, sophrologie, massages, etc.

Traitements complémentaires

- Thérapies cognitivo-comportementales.
- Acupuncture.

SURVEILLANCE

- *Une réévaluation régulière doit être réalisée* initialement pour juger :
– du bénéfice thérapeutique et apporter un soutien ;
– de la tolérance des tricycliques : somnolence, constipation, sécheresse buccale, hypotension orthostatique ;
– de la réduction des crises par la tenue d'un agenda qui notera les éventuels facteurs déclenchants.
- *Ultérieurement, rechercher une surconsommation médicamenteuse* : prise régulière au moins 10 jours/mois d'antalgiques contenant

de la caféine, de la codéine, de la poudre d'opium ou du tramadol, ou prise au moins 15 jours/mois de paracétamol, d'aspirine ou d'AINS.

NOTES PERSONNELLES

G

Gonococcie

RAPPELS

Infection sexuellement transmissible (IST) due à *Neisseria gonorrhoeae*, la gonococcie ou blennorragie (dite « chaude pisse ») est fréquente (50 000 cas déclarés en France en 2016). Non diagnostiquée et non correctement traitée, elle est susceptible d'entraîner des complications génitales et générales.

Diagnostic

- Le diagnostic est clinique.

– Chez l'homme, après une incubation de 2 à 5 jours après le rapport sexuel infectant, des brûlures mictionnelles intenses, un écoulement purulent et une dysurie signent une urétrite aiguë. Une ano-rectite peut être observée ainsi que des complications locales (orchi-épididymite, prostatite). Des formes asymptomatiques sont possibles.

– Chez la femme, la majorité des cas sont asymptomatiques. Cependant, l'infection peut entraîner une cervico-vaginite avec leucorrhées, souvent associée à une urétrite. Des complications locales sont possibles : bartholinite, salpingite avec à moyen terme risque de douleurs pelviennes chroniques, de stérilité tubaire et/ou de grossesse extra-utérine.

- En l'absence de traitement, des complications générales sont décrites : bactériémie, endocardite, péri-hépatite chez la femme, atteintes ophtalmologiques, arthrites réactionnelles.
- La recherche du gonocoque avec antibiogramme est effectuée sur un prélèvement urinaire chez l'homme et un auto-prélèvement vaginal

à l'écouvillon chez la femme, ainsi que sur un prélèvement anal en cas de rapports anaux.

Objectif thérapeutique

- Soulager le patient.
- Éviter les complications et guérir l'infection.
- Prévenir les récidives.
- Éviter et/ou traiter la contamination du/des partenaires.
- Le traitement de référence est l'injection de ceftriaxone.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Rechercher une autre infection sexuelle associée chez le patient et son/ses partenaires identifiés :* VIH, VHB, VHC, syphilis, chlamydiase, trichomonose, etc.
- *Rechercher une contre-indication à la ceftriaxone :* allergie connue au produit ou réaction sévère aux bêtalactamines ; allergie à la lidocaïne contenue dans les formes IM.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

- **Ceftriaxone** : 1 000 mg en une injection IM unique, efficace sur les localisations génitales, anorectales et pharyngées.
- Mesures hygiénodiététiques et complémentaires :
  - abstinence sexuelle durant 7 jours ou rapports protégés ;
  - traitement systématique du ou des partenaires du patient.

Situations particulières

- *Dans les formes compliquées*, la durée du traitement par ceftriaxone doit être prolongée : **ceftriaxone**, 1 000 mg en injection IV lente durant 10 jours (dans l'endocardite infectieuse au moins 4 semaines).
- *En cas d'allergie aux bêtalactamines* : **gentamicine**, 240 mg en une injection IM unique.

SURVEILLANCE

- *Si les symptômes persistent au 3e jour*, nécessité d'une consultation pour l'adaptation éventuelle du traitement aux résultats de l'antibiogramme.
- *Consultation systématique à J7* pour vérifier la guérison clinique, donner les résultats des sérologies complémentaires et des conseils de prévention.

CONSEILS DE PRÉVENTION

- Le gonocoque n'entraîne pas d'immunité et les réinfections sont fréquentes.

- Pour lutter contre les infections sexuellement transmissibles comme les gonococcies, le préservatif constitue le moyen le plus efficace.
- L'absence de symptômes étant fréquente, il est recommandé de se faire dépister en cas de prise de risque (rapport sexuel non protégé avec un nouveau partenaire). Ce dépistage peut être effectué chez le médecin traitant ou dans les centres gratuits d'Information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) et les centres de planification ou d'éducation familiale.

NOTES PERSONNELLES

G

Goutte

RAPPELS

Liée à des dépôts de cristaux d'urate de sodium, préférentiellement dans les articulations, les reins et le tissu sous-cutané, la goutte touche 1 % des hommes, avec un pic d'incidence maximal de 50 à 60 ans. Beaucoup plus rare chez la femme, la goutte est souvent secondaire.

Diagnostic Devant une arthrite aiguë, affectant initialement le gros orteil puis pouvant toucher toutes les articulations, volontiers récidivante. Présence de microcristaux d'urate de sodium dans le liquide synovial. Hyperuricémie > 70 mg/L chez l'homme ou 60 mg/L chez la femme (pendant la crise, l'uricémie peut être normale et doit alors être contrôlée à distance). Dépôts intra-articulaires ou sous-cutanés d'urate de sodium (tophus para-articulaires ou auriculaires). Possibilité de lithiases urinaires d'acide urique à l'origine de crises de coliques néphrétiques voire d'une insuffisance rénale.

Objectif thérapeutique

- À court terme : réduire l'inflammation et la douleur articulaires.
- À long terme : réduire les accès goutteux et éviter les complications, notamment rénales.

➠ *La mise en place d'une bonne hygiène de vie et d'un régime visant à réduire l'hyperuricémie est essentielle.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Recherche d'un facteur déclenchant :* médicamenteux (diurétique, chimiothérapie, etc.), insuffisance rénale, affection intercurrente.

• *Recherche de contre-indications aux anti-inflammatoires non stéroïdiens :* ulcère digestif en évolution, insuffisance rénale ou hépatique sévère, grossesse.

• *Recherche de contre-indications à la colchicine :* insuffisance rénale ou hépatique sévère.

• *Recherche d'un terrain à risque :* insuffisance rénale, comorbidités telles qu'hyperlipidémie, hypertension artérielle, hyperglycémie, obésité, alcoolisme, tabagisme.

• *Recherche des associations contre-indiquées ou déconseillées :*
– AINS : anticoagulants, lithium, méthotrexate à forte dose, ticlopidine, aspirine à forte dose ;
– colchicine : inhibiteurs enzymatiques, en particulier macrolides et pristinamycine ;
– allopurinol : amino- et amidino-pénicillines, azathioprine, mercaptopurine, vidarabine, antivitamines K, sulfamides hypoglycémiants, théophylline.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance de traitement de la crise aiguë de goutte

• **Colchicine :**
– le premier jour : 1 cp à 1 mg suivi une heure plus tard d'une prise de 0,5 mg;
– puis 1 cp à 1 mg/j durant 21 jours après l'arrêt de la crise et jusqu'à normalisation de l'uricémie, soit pendant 1 à 6 mois quand on instaure un traitement hypo-uricémiant.

• L'utilisation d'un AINS est possible à la place de la colchicine : **naproxène 550**, 1 cp matin et soir au milieu du repas pendant 7 jours.
• **Immobilisation de l'articulation** concernée et **application de glace** 10 minutes, 3 fois/j sur l'articulation (jamais sur la peau directement mais à travers une serviette humide).

Ordonnance de traitement hypo-uricémiant au long cours

Un tel traitement n'est indiqué qu'en cas d'accès goutteux récidivants, d'arthropathies destructrices, de tophus ou de complications rénales (lithiase urique, insuffisance rénale).

• **Allopurinol 100 mg :** 1 cp/j, à prendre pendant le repas, posologie à adapter au bout de 2 mois afin d'obtenir une uricémie inférieure à 60 mg/L (360 µmol/L). La dose maximale est de 900 mg/j si la fonction rénale est normale. Si clairance créatinine < 80 mL/min et > 40 mL/min, dose maximale : 200 mg/j. Traitement à poursuivre à vie.

• **Colchicine :** 0,5 mg/j pendant les 6 premiers mois d'un traitement par Allopurinol.

Règles hygiénodiététiques

• Régime sans alcool ni bière (le vin reste possible), pauvre en purines (viandes, abats, crustacés).
• Régime hypocalorique pour réduire l'excès pondéral s'il existe et correction des autres facteurs de risque cardiovasculaires.

Règles hygiénodiététiques (suite)

• Alcalinisation des urines pour dissoudre les concrétions uriques (contrôle d'un pH urinaire > 7) : **eaux minérales alcalines** telles que Vichy (mais apport sodé), ou **Foncitril 4000® :** 1 sachet 1 à 3 fois/j, en fonction du pH.

Situations particulières

• *En cas d'insuffisance d'efficacité du traitement classique* de la crise de goutte, il est possible de recourir à une ponction-infiltration de l'articulation atteinte ou à une cure courte de corticoïdes *per os* : **prednisone**, 30 mg/j en 1 prise matinale durant 5 à 7 jours.

• *En cas de crise de goutte sévère et réfractaire*, le recours en milieu spécialisé à un **anti-IL1** a souvent une efficacité spectaculaire.

• *En cas d'inefficacité ou d'intolérance à l'allopurinol*, il est possible de recourir à un autre inhibiteur de la synthèse purinique : **fébuxostat**, 80 mg/j en 1 prise (également associé à la colchicine pendant 6 mois.

• *En cas d'inefficacité ou d'intolérance des inhibiteurs de l'uricosynthèse*, il est possible, s'il n'y a pas d'hyperuricurie, ni d'insuffisance rénale, ni d'antécédent de lithiase urinaire urique, de recourir aux uricosuriques : **probénécide**, 500 mg matin et soir.

• *En cas d'hyperuricémie secondaire à la prise de diurétiques* pour hypertension artérielle, il est préférable de changer de traitement.

SURVEILLANCE

• De l'efficacité du traitement : disparition ou régression du nombre de crises de goutte, normalisation de l'uricémie inférieure à 60 mg/L.

• Des effets indésirables liés à la **colchicine** : nausées, diarrhée (premiers signes de surdosage), agranulocytose (y penser si fièvre), myopathie (si insuffisance rénale). À l'**allopurinol :** crise de goutte (en l'absence de colchicine en début de traitement), diarrhée, toxidermie potentiellement grave, hépatite, gynécomastie, neuropathie.

G

Grippe

RAPPELS

Infection due au virus *influenza*, qui se transmet par voie aérienne. Sa multiplication dans l'arbre respiratoire explique les manifestations cliniques essentiellement bronchopulmonaires. La réponse immunologique de l'organisme (production de protéines antivirales de type interférons, etc.) explique en partie la fièvre et les myalgies qui sont caractéristiques de la maladie.

Diagnostic Clinique le plus souvent dans une période épidémique : le syndrome grippal débute brutalement, après une incubation de 1 à 3 jours, par des signes généraux marqués (fièvre élevée, frissons, asthénie, anorexie) et des myalgies diffuses. Il s'y associe fréquemment des céphalées. Les symptômes respiratoires sont dominés par la toux, un coryza (60 %) et une odynophagie. La fièvre est continue, disparaissant en 3 à 4 jours, parfois jusqu'à 8 jours.

Remarque : le risque en période épidémique est d'effectuer le diagnostic de grippe par excès et de méconnaître les autres causes de syndrome grippal :

– infections bactériennes pulmonaires à germe intracellulaire (*Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia psittaci, Coxellia burnetti, Legionella pneumophilia, Chlamydia pneumoniae*) ;

– primo-infection par le VIH (importance de l'interrogatoire et des signes cutanéomuqueux) ;

– bactériémie quel que soit le point de départ, et endocardite infectieuse chez le patient valvulaire ;

– paludisme chez un patient au retour des tropiques.

Objectif thérapeutique Essentiellement symptomatique (fièvre et toux) mais un traitement étiologique précoce est proposé chez les patients à risque.

➠ *La vaccination est le traitement préventif de référence. 10 à 15 jours après l'injection, elle assure une protection de 70 à 90 %, persistant pendant un an.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Rechercher une insuffisance rénale :* réduire de moitié la posologie de l'inhibiteur de la neuraminidase si ClCr < 30 mL/min. Utilisation non recommandée en dessous de 10 mL/min et chez les patients dialysés.
- *Rechercher une contre-indication à la codéine* : asthme, insuffisance respiratoire, enfant < 15 ans, allaitement.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

- **Paracétamol :**
– chez l'adulte : 1 g 3 fois/j (ne pas dépasser 4 g/j);
– chez l'enfant : 15 mg/kg/j 4 fois/j.
Éviter l'aspirine chez l'enfant < 12 ans en raison du risque de survenue d'un syndrome de Reye parfois mortel.

- **Codéine camphosulfonate (chez l'adulte) :** 3 à 4 cp/j ou 3 à 4 cuillères à soupe/j en cas de toux sèche invalidante avec insomnie mais contre-indiqué en cas d'encombrement bronchique ou d'insuffisance respiratoire.

- **Dextrométhorphane bromhydrate (chez l'enfant) :**
– de 12 à 15 ans : 4 à 6 cuillères-mesure (5 mL)/j.
– de 6 à 12 ans : 3 à 4 cuillères-mesure (5 mL)/j ;
– de 30 mois à 6 ans : 1/2 cuillère-mesure (2,5 mL) 4 à 6 fois/j pendant quelques jours.
Contre-indiqué chez les asthmatiques.
Aucune indication pour les corticoïdes.
Aucune indication pour les antibiotiques en l'absence de signes patents de surinfection.

Règles hygiénodiététiques

- Hydratation abondante.
- Repos durant la phase fébrile.

Situations particulières

- *Chez les patients suspects de grippe et présentant un terrain à risque* (> 65 ans, immunodéprimés, maladies chroniques cardiorespiratoires ou diabète, IMC > 40 kg/m^2, femmes enceintes mais aussi professionnels de santé ou personnels de collectivité), un traite-

Situations particulières (suite)

ment étiologique doit être pris le plus tôt possible après le début des symptômes et en pratique dans les 48 h maximum chez l'adulte et 36 h chez l'enfant.

Oseltamivir :

– 75 mg 2 fois/j pendant 5 jours chez l'adulte et l'enfant > 40 kg ;
– chez l'enfant > 1 an, utiliser la suspension buvable :
  - 30 mg 2 fois/j jusqu'à 15 kg,
  - 45 mg 2 fois/j jusqu'à 23 kg,
  - 60 mg 2 fois/j jusqu'à 40 kg.

Ce traitement curatif, à condition d'être débuté le plus tôt possible, peut atténuer les symptômes, réduire de 24 h la durée de la maladie et potentiellement les risques de complications. Cependant, son efficacité sur la prévention des formes graves n'est pas établie.

• *Chez les patients suspects de grippe sans terrain à risque ni signe de gravité*, l'indication d'un traitement étiologique n'est pas systématique. Cette recommandation peut évoluer en fonction des caractéristiques de virulence de la souche épidémique.

• *Chez les sujets non vaccinés en contact d'un cas clinique*, un traitement étiologique peut être proposé en fonction d'un éventuel terrain à risque. Il doit être utilisé le plus tôt possible et, dans ces conditions, prévient la transmission dans 80 % des cas.

SURVEILLANCE

• *De la tolérance du traitement* : nausées, vomissements, diarrhée, douleurs abdominales.

• *De l'évolution favorable de la grippe* : rarement peuvent survenir des complications respiratoires (bronchite, pneumonie bactérienne), ORL (sinusite, otite), cardiologiques (myocardite, péricardite) et neurologiques (encéphalite et polyradiculonévrite). Enfin, la grippe peut être maligne avec survenue d'une pneumonie entraînant une détresse respiratoire aiguë.

H

Hémochromatose

RAPPELS

Hyperabsorption digestive du fer alimentaire d'origine génétique entraînant une surcharge progressive de l'organisme en fer qui peut induire des complications graves : cirrhose, diabète, myocardiopathie, cancer du foie.

Diagnostic Biologique, par un test génétique qui révèle la présence sur le chromosome 6 de la mutation C282Y à l'état homozygote[1] (c-à-d héritée du père et de la mère). Ce test doit être réalisé dans deux circonstances :
– dans le cadre d'un dépistage familial (enfants, parents, fratrie) lorsqu'un diagnostic d'hémochromatose a été établi chez un sujet ;
– lorsqu'un bilan du fer sanguin révèle un coefficient de saturation de la transferrine > 45 %. Ce bilan du fer doit être effectué devant des situations cliniques variées : asthénie chronique, polyarthrite séronégative en particulier des mains et des poignets, ostéoporose, diabète, hypogonadisme, myocardiopathie, mélanodermie, hypertransaminasémie modérée, cirrhose, cancer du foie. Cependant, de nombreux malades ne manifestent aucun signe ou symptôme avant la survenue d'une complication.

Une biopsie hépatique peut être nécessaire pour juger de l'état pathologique du foie (valeur pronostique importante de la présence d'une cirrhose) et/ou pour quantifier la surcharge en fer.

1. Chez 5 à 10 % des malades, des mutations plus rares ou d'autres types d'hémochromatoses génétiques peuvent être observés.

Objectif thérapeutique

• *Stopper l'évolution chronique de la maladie* pour éviter les complications (en particulier l'hépatocarcinome) ou améliorer leur contrôle.

• *Réduire au plus vite la surcharge en fer* puis éviter sa récidive.

• *Obtenir une réduction de la ferritinémie* < 50 µg/L, objectif biologique qu'il faudra impérativement maintenir au long cours. C'est le meilleur témoin du contrôle de la surcharge en fer.

➠ *Les saignées répétées constituent le traitement de base pour la soustraction de fer (500 mL de sang contiennent 250 mg de fer).*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Assurer un diagnostic de certitude* : une élévation de la ferritinémie > 1 000 µg/L correspond plus de 9 fois sur 10 à un autre diagnostic (syndrome inflammatoire, hépatosidérose dysmétabolique, hépatite aiguë, alcoolisme chronique, hémopathies).

• *Ne traiter que s'il existe une surcharge en fer* (hyperferritinémie + coefficient de saturation de la transferrine > 45 % ; mesure par IRM hépatique) car l'homozygotie C282Y peut rester totalement latente.

• *Rechercher une complication* : hépatique, diabétique, gonadique, osseuse.

• *Rechercher une contre-indication durable aux saignées* : anémie chronique, dysmyélopoïèse, autres hémopathies, intolérance à la soustraction sanguine.

• *Une coronaropathie ne constitue pas une contre-indication* mais nécessite de réduire le volume des saignées avec une surveillance particulière.

• *Rechercher une contre-indication temporaire aux saignées* : grossesse, fièvre, affection aiguë, déshydratation, etc.

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

Faire réaliser sous surveillance médicale chez un sujet allongé (le plus souvent dans un centre spécialisé ou dans un centre de transfusion) une **saignée de 7 mL/kg** sans dépasser 550 mL. Le sang retiré est éliminé comme déchet biologique. **Il est préférable que le patient ne soit pas à jeun pour améliorer la tolérance du prélèvement.**

- Pendant la **phase de désaturation**, la fréquence des saignées est hebdomadaire jusqu'à l'obtention d'une ferritinémie < 50 µg/L. Selon l'importance de la surcharge initiale, cette phase peut durer de un à trois ans.
- Puis, durant la **phase d'entretien**, la fréquence des saignées est de tous les 2 à 4 mois selon les patients pour maintenir une ferritinémie < 50 µg/L. Ce traitement d'entretien est définitif.

Règles hygiénodiététiques

- La consommation d'alcool doit être proscrite car elle constitue le principal facteur de cirrhose hépatique et d'hépatocarcinome chez les malades.
- La prise de médicaments potentiellement hépatotoxiques doit être limitée au maximum.
- Il n'y a aucun régime alimentaire à suivre. La prise de thé est recommandée car elle réduit l'absorption digestive du fer.
- Éviter de prendre de la vitamine C sous forme pharmaceutique qui accroît l'absorption digestive du fer.

Situations particulières

- *Lorsque les saignées sont contre-indiquées*, un chélateur du fer est utilisé : **déféroxamine**, 20 à 60 mg/kg/jour en perfusion sous-

Situations particulières (suite)

cutanée continue, à la pompe électrique, durant 8 à 12 heures chaque jour, à renouveler 5 fois/semaine.
L'administration nocturne est la moins contraignante mais elle n'est pas toujours possible chez les sujets âgés.
Ce traitement est contre-indiqué en cas d'insuffisance rénale sévère et durant la grossesse.

- *Durant une grossesse*, les saignées sont interrompues sans autre traitement spécifique. Un transfert du stock de fer maternel s'effectue physiologiquement vers le fœtus pour lequel il n'y a pas de risque particulier.
- *En cas de cirrhose*, des saignées de volume réduit sont recommandées pour améliorer leur tolérance mais la désaturation reste nécessaire.

SURVEILLANCE

- *De la tolérance des saignées, clinique* (hypotension, asthénie) *et biologique* (hémoglobinémie < 120 g/L) → volume réduit +/– espacement si nécessaire.
- *De l'efficacité du traitement :* en cas de forte surcharge, la baisse progressive de la ferritinémie peut nécessiter plusieurs mois voire plusieurs années en phase initiale. La phase de désaturation terminée, la ferritinémie doit rester < 50 µg/L).
- Recherche et prise en charge *de facteurs de risque hépatiques associés* : sérologies HVB, HVC, alcoolisme, médicaments hépatotoxiques.
- Recherche annuelle *d'une complication :* diabète, cirrhose, hépatocarcinome (en cas de cirrhose constituée initiale, un dépistage bisannuel associe une échographie hépatique et le dosage des α-fœtoprotéines sanguines).
- Une enquête familiale est indispensable pour dépister des parents affectés par la maladie (fratrie dans laquelle le risque est le plus souvent de 25 % ; parents, enfants).

H

Hémorroïdes

RAPPELS

Manifestations anales liées aux complications des dilatations veineuses normales sous-muqueuses (hémorroïdes internes) ou sous-cutanées (hémorroïdes externes) des plexus hémorroïdaires. Affection très fréquente (> 30 % de la population), favorisée par la grossesse, les troubles du transit et l'hypertension portale.

Diagnostic Clinique devant des douleurs ou une gêne intermittente (sensation de chaleur ou de pesanteur périnéale accentuée lors du passage de la selle ou de l'exercice physique), la souillure du linge et des rectorragies, évoluant par crises. Ces dernières sont parfois consécutives à un épisode diarrhéique ou de constipation, ou à un excès de table (alcool, plats épicés). Elles durent habituellement deux à quatre jours et se traduisent lors de l'examen endoscopique par un aspect congestif, œdémateux et parfois un semis de microthromboses.

La thrombose hémorroïdaire externe est fréquente, entraînant une douleur de début brutal, intense et continue, qui n'est pas augmentée par la défécation. En l'absence de traitement, la douleur se calme en 2 à 7 jours, laissant place à une marisque.

Objectif thérapeutique Soulager la douleur, régulariser le transit et prévenir les récidives.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

Recherche de contre-indications : aux mucilages (colopathies inflammatoires, syndrome occlusif), *aux anti-inflammatoires non stéroïdiens* (ulcère digestif évolutif, insuffisance hépatique ou rénale sévère, grossesse).

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance en cas de symptômes persistants

On peut associer durant 3 à 7 jours un traitement local, un laxatif et un veinotonique. Un antalgique est réservé aux formes intenses ou résistantes

– **crème antihémorroïdaire à base de carraghénates, dioxyde de titane, oxyde de zinc :** 1 application matin et soir et après chaque selle, sans dépasser 4 applications par jour (cette formulation peut comporter également un anesthésique, la **lidocaïne à 2 %**) ;

– **ispaghul sachets :** 1 sachet avant chaque repas, en évitant l'absorption en position allongée ;

– **diosmine 1 000 mg :** 1 cp 3 fois/j au moment des repas ;

– **kétoprofène 100 mg :** 2 cp/j pendant la durée la plus courte possible.

Ordonnance en cas de thrombose hémorroïdaire externe

L'**extraction du caillot sous anesthésie locale** soulage immédiatement le malade. Après **injection de lidocaïne à 1 %** sous et autour du caillot, incision le long des plis radiés, excision des berges et extraction du caillot.

Règles hygiénodiététiques

- Le traitement de la constipation chronique est indispensable et repose sur des boissons abondantes, une alimentation riche en fibres et une activité physique régulière.
- Suppression des sucres d'absorption rapide (sucre pur, confitures, sodas, gâteaux).

SURVEILLANCE

• *De l'efficacité du traitement :* disparition des douleurs en 48 à 72 heures.

• *Des effets indésirables éventuellement engendrés par les AINS :* dyspepsie, nausées, douleurs abdominales, douleurs gastriques, vomissements.

• La maladie hémorroïdaire s'accompagne parfois de symptômes qui doivent faire évoquer une affection associée : le caractère durable post-défécatoire de la douleur (fissure anale) ; la présence de pus dans les sous-vêtements (fistule anale) ; une tuméfaction permanente péri-anale peut être séquellaire (marisque) mais doit faire évoquer une affection associée, bénigne (fistule) ou non (hypertension portale, cancer).

NOTES PERSONNELLES

H

Herpès cutanéomuqueux

RAPPELS

Infection à *Herpes simplex virus 1 ou 2* dont les localisations les plus fréquentes sont orofaciales et génitales.

Diagnostic Clinique : la primo-infection se manifeste lorsqu'elle est symptomatique par une gingivostomatite aiguë ou une atteinte génitale (vulvovaginite chez la femme, moins symptomatique chez l'homme) faite d'érosions coalescentes post-vésiculeuses associées à de la fièvre et des adénopathies. Le virus reste ensuite quiescent dans les ganglions sensitifs. La réactivation virale se présente sous la forme d'une petite plaque érythémateuse recouverte de vésicules en tête d'épingle, groupées en bouquet, récidivantes dans un même territoire. Un prélèvement cutanéomuqueux pour PCR permet de confirmer le diagnostic dans les formes atypiques.

Objectif thérapeutique

- *Pour la primo-infection*, l'objectif est de réduire la durée d'évolution de l'éruption, des signes généraux et de la douleur.
- *Pour les récurrences* :

– l'objectif du traitement intermittent (pris uniquement lors de la survenue de la récurrence) est de raccourcir la durée des symptômes (il peut même éviter la survenue de la poussée s'il est donné dès les premiers symptômes) ;
– l'objectif du traitement suppressif (traitement au long cours) est de réduire la fréquence des récurrences et de l'excrétion virale.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Recherche de contre-indications* : insuffisance rénale impliquant une adaptation des doses du traitement antiviral et une hydratation suffisante.
- *Recherche de terrains à risque* : patients immunodéprimés pour lesquels l'évolution et le traitement peuvent être différents ; femme enceinte pour laquelle la survenue d'un herpès génital implique une prise en charge spécifique compte tenu du risque potentiel d'herpes néonatal.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance en cas de primo-infection herpétique

Valaciclovir : 1 cp à 500 mg matin et soir (adulte et enfant de plus de 12 ans), pendant 5 à 10 jours.

Ordonnance en cas de récurrence herpétique

Traitement épisodique débuté dès les prodromes (picotements, rougeurs) annonçant la récurrence
– **valaciclovir :** 1 cp à 500 mg matin et soir pendant 3 à 5 jours ;
– *pour les récurrences* orolabiales, traitement minute possible : **valaciclovir**, 4 cp à 500 mg matin et soir, 1 seul jour.

Ordonnance en cas de traitement suppressif continu

- Informer le malade sur l'histoire naturelle de l'infection et sur le fait que le traitement n'est pas curatif.
- Prendre en charge la douleur : **paracétamol**, 1 g 3 à 4 fois/j (dose maximale).
- Traitement continu pendant une durée de 6 à 12 mois, si au moins 6 récurrences par an : **valaciclovir**, 1 cp à 500 mg par jour, 6 à 12 mois.
- Ne pas utiliser de crème à base de corticoïdes.

Règles hygiénodiététiques

- La contagion est maximale au moment de l'éruption :
– éviter embrassades et rapports sexuels non protégés ;
– éviter les contacts rapprochés avec les enfants en bas âge ou atteints d'eczéma ;

– assurer un lavage des mains fréquent ;
– ne pas se frotter les yeux (risque de kératite herpétique) ;
– ne pas partager le linge.

• Pour les récurrences herpétiques génitales : préconiser l'**utilisation du préservatif lors des poussées**. Toutefois, une excrétion virale, et donc un risque de transmission au partenaire, existe également en dehors des poussées. Le traitement antiviral suppressif continu diminue le risque de transmission de moitié.

Situations particulières

• *Chez l'enfant :*
– de 6 à 12 ans : **aciclovir 200 mg**, 5 cp/j ;
– de 2 à 6 ans : **aciclovir suspension buvable 200 mg/5 mL**, 5 doses de 5 mL (200 mg)/j, à prendre à intervalles réguliers.

• *En cas de primo-infection orofaciale (gingivostomatite) empêchant l'alimentation :* **aciclovir 250 mg poudre pour solution injectable**, 5 mg/kg en perfusion IV sur une heure toutes les 8 heures. Le produit doit être dilué dans 100 mL de NaCl isotonique pour obtenir une concentration < 5 mg/mL.

SURVEILLANCE

De la tolérance du traitement : rares réactions allergiques ; surveillance de la fonction rénale si insuffisance rénale préalable.

NOTES PERSONNELLES

H

Hirsutisme

RAPPELS

Symptôme caractérisé par le développement excessif de poils terminaux (épais et foncés) dans les zones androgéno-dépendantes normalement glabres chez la femme. Variable selon les populations et d'appréciation subjective, l'hirsutisme affecte entre 5 et 10 % des femmes avec un retentissement psychosocial important et sous-estimé car beaucoup hésitent à consulter.

Diagnostic Diagnostic clinique devant une pilosité du visage (lèvre supérieure, menton, joues), du torse, de la ligne blanche abdominale, du dos et des régions fessières ainsi que de la face antérieure des cuisses. L'hirsutisme est en rapport avec une exposition accrue des follicules pilo-sébacés aux androgènes, soit en quantité, soit par sensibilité excessive.

L'interrogatoire précise l'âge de survenue et l'évolution de la pilosité, recherche des troubles des règles et la prise d'un médicament favorisant. L'examen recherche des signes de virilisation (hypertrophie clitoridienne, dysménorrhée, voix grave, alopécie androgénique, *etc.*).

L'hirsutisme doit être distingué de l'hypertrichose, développement diffus de poils sur les zones non androgéno-dépendantes d'origine métabolique (anorexie mentale, porphyrie cutanée, cancers), médicamenteuse (liste ci-après) ou génétique.

Les causes les plus fréquentes d'hirsutisme sont :
– *le syndrome des ovaires polykystiques (75 %)* (ci-dessous) ;

– *l'hirsutisme idiopathique (20 %)* dû à une hypersensibilité aux androgènes. Apparaissant à la puberté, il est d'évolution lente, parfois familiale, sans virilisme. Cycles menstruels réguliers et ovulatoires, avec ovaires normaux à l'échographie. Biologie normale ;
– un *hirsutisme atypique* (apparition brutale, âge inhabituel, progression rapide et sévère) doit faire rechercher une origine tumorale (syndrome de Cushing, tumeur surrénalienne ou ovarienne) ou une hyperplasie des surrénales.

Objectif thérapeutique

- Traiter une éventuelle pathologie sous-jacente.
- Réduire de façon durable l'hyperpilosité par des techniques locales et, si nécessaire, par un traitement général.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Rechercher un syndrome des ovaires polykystiques :* hirsutisme débutant à la puberté, aménorrhée ou oligospanioménorrhée, infertilité, acné, surpoids (50 %), sans signes de virilisme, ovaires micro-polykystiques à l'échographie.
- *Rechercher la prise de médicaments favorisant l'excès de poils :* corticoïdes, minoxidil, ciclosporine, tacrolimus, phénytoïne, testostérone, danazol, DHEA (déhydroépiandrostérone), tibolone, progestatifs, etc.
- *Dosages des androgènes plasmatiques à réaliser si possible en début de cycle et en dehors de tout traitement œstroprogestatif :* testostérone totale ou libre, androstènedione, DHEA-S (marqueur d'hyperandrogénie surrénalienne), 17-OH-progestérone.
- *Rechercher une contre-indication aux œstroprogestatifs :*

– risque vasculaire artériel : antécédents d'AVC, insuffisance coronarienne, artériopathie oblitérante des membres inférieurs, HTA sévère, migraine avec aura, diabète compliqué, dyslipidémie sévère, ou association de 2 facteurs de risque vasculaires parmi : IMC > 30, tabac > 15 cig./jour, migraine simple, âge > 35 ans, antécédents familiaux d'accident artériel précoce ;

– risque de thrombose veineuse : antécédent de thrombose veineuse profonde ou d'embolie pulmonaire, thrombophilie biologique, syndrome des antiphospholipides (SAPL) ;
– cancer hormono-dépendant ;
– autres : lupus, connectivites, affection hépatique récente.

• *Recherche d'associations contre-indiquées ou déconseillées avec les œstroprogestatifs :* lamotrigine (réduction des taux plasmatiques de lamotrigine), inducteurs enzymatiques (réduction de l'efficacité des œstroprogestatifs).

• *Recherche d'une contre-indication à la spironolactone :* insuffisance rénale ou hépatique, prise de potassium ou de produits hyperkaliémiants → dosage de la créatininémie et de la kaliémie.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

1) Un traitement cosmétique

Il est indispensable en première intention, mais il n'y a pas de méthode épilatoire « de choix ». La meilleure solution doit être trouvée par la patiente en fonction de la zone à épiler, des caractéristiques de sa peau, de la tolérance au traitement :
– décoloration par crèmes dépilatoires ou eau oxygénée ;
– épilation à la pince ou à la cire ;
– *épilation dite « définitive »* (électrique et surtout au laser) après correction de la cause de l'hirsutisme notamment en présence d'un dérèglement hormonal : 4 à 6 séances à réaliser de préférence en hiver car la peau doit être protégée du soleil. L'épilation laser peut être remboursée par la sécurité sociale si l'hirsutisme est sévère et considéré comme pathologique.

2) En cas de syndrome des ovaires polykystiques

Traitement œstroprogestatif de type contraceptif (réduction de la production d'androgènes, régularisation des cycles) : pilule de 2e génération faiblement dosée en 17-β-œstradiol (30 µg) : **éthinylestradiol 30 µg + lévonorgestrel 150 µg**, 1 cp/jour à heure fixe, à commencer la première fois le premier jour du cycle, puis à prendre pendant 21 jours suivis d'un arrêt de 7 jours, puis reprise 21 jours et ainsi de suite.

Mesures hygiénodiététiques

- *En cas d'excès pondéral*, une perte de poids par l'adoption d'une alimentation équilibrée est recommandée.
- *La pratique d'une activité physique régulière* diminue la production des androgènes par l'organisme.

••• *(suite)*

Situations particulières

En cas de résultat insuffisant du traitement cosmétique dans l'hirsutisme idiopathique : traitement anti-androgénique : **spironolactone**, débuter à 50 mg/jour, posologie portée à 100 mg si nécessaire après 6 mois (délai d'efficacité). C'est un anti-androgène pur qui doit être associé à une pilule contraceptive sous peine d'irrégularités importantes du cycle.

SURVEILLANCE

Malgré une épilation dite définitive, une certaine repousse peut être observée nécessitant une nouvelle séance d'épilation après 18 à 24 mois.

NOTES PERSONNELLES

H

Hoquet persistant chez l'adulte

RAPPELS

Contraction spasmodique, involontaire et incontrôlable des muscles inspiratoires, concomitante d'une constriction de la glotte responsable d'un bruit caractéristique, le hoquet est une manifestation banale qui ne dure généralement que quelques minutes. Cependant, sa persistance provoque douleur, fatigue et insomnie et affecte l'alimentation, la conversation et la concentration. Le plus souvent idiopathique (excitation du nerf phrénique ou du nerf vague), le hoquet peut être révélateur d'une pathologie abdominale ou thoracique voire d'une maladie métabolique. Il peut survenir en phase terminale, source majeure d'inconfort.

Diagnostic Évident si l'on assiste à la crise. Sinon, et dans les cas douteux, penser à une crise dystonique aiguë, à des myoclonies ou à une dyskinésie paroxystique.

Alors qu'une crise de hoquet aigu est parfaitement bénigne, ne nécessitant ni examen complémentaire ni traitement, une forme récidivante ou prolongée > 48 heures nécessite un bilan morphologique et biologique (ulcère gastroduodénal, hernie hiatale avec reflux, compression du nerf vague, intoxication, médicaments).

Objectif thérapeutique Soulager le patient, faire céder les crises et éviter leur récidive.

En cas de hoquet symptomatique, un traitement étiologique est nécessaire.

Dans l'immédiat, après l'échec de manœuvres physiques simples, un traitement pharmacologique est proposé malgré l'absence de validation rigoureuse.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Recherche de la prise de médicaments susceptibles d'induire un hoquet :* corticoïdes, psychotropes, antiparkinsoniens, antibiotiques, opiacés, sétrons, darunavir, étoposide, *etc.*

• *Recherche de contre-indications :*
– dompéridone ou métoclopramide : allongement de QT, hémorragie, obstruction ou perforation digestive, insuffisance hépatique ;
– neuroleptiques : glaucome, risque de rétention urinaire, porphyries, allongement de QT ;
– acide valproïque : hépatites, porphyries, grossesse ;
– baclofène : myasthénie, maladie de Parkinson, grossesse.

• *Recherche d'associations contre-indiquées ou déconseillées :*
– inhibiteurs de la pompe à protons : atazanavir ;
– dompéridone ou métoclopramide : anticholinergiques ;
– neuroleptiques : antiparkinsoniens, lithium, anticholinergiques.

• *Recherche de patients à risques :* insuffisants hépatiques et/ou rénaux.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• Pour interrompre une crise de hoquet, de nombreuses manœuvres physiques ont été proposées, qu'il est simple de tester ou d'apprendre au sujet affecté, bien qu'elles ne soient pas validées :
– inspiration forcée et bloquée un temps maximum ;
– boire très lentement un grand verre de liquide ;
– massage du plexus cervical à la face latérale du cou ;
– manœuvre dite « de Van Wijlick » : bomber la poitrine, rapprocher les omoplates et reculer les épaules le plus en arrière possible pendant plusieurs secondes ;
– attouchement de la paroi postérieure du pharynx ; compression prudente des globes oculaires, *etc.*

• En cas d'échec, un traitement à visée prokinétique œso-gastroduodénale et cicatrisant œsophagien peut être proposé dans un premier temps, associé à un anxiolytique :
– **dompéridone 10 mg :** 1 cp 3 fois/jour avant les repas (posologie à ne pas dépasser) durant 7 jours au maximum ;
– **oméprazole 20 mg :** 2 gél./jour à poursuivre 4 semaines en cas de résultat favorable ;
– **oxazépam 10 mg :** 1 cp le soir au coucher, voire 1 cp matin et soir.

• En cas d'échec, différents traitements ont été proposés :
– soit **baclofène 10 mg :** 5 mg matin et soir, posologie à augmenter par paliers de quelques jours jusqu'à 20 mg 3 fois/jour (médicament à privilégier, sous surveillance) ;
– soit **gabapentine 300 mg :**
  • 300 mg le 1er jour le soir,
    300 mg 2 fois/j le 2e jour,
  • 300 mg 3 fois/j ensuite, voire 4 fois/j ;

Ordonnance (suite)

– soit **chlorpromazine 25 mg :** ½ cp matin et midi et 1 cp le soir, posologie pouvant être doublée après quelques jours en cas d'inef ficacité et de tolérance correcte (seul médicament approuvé par la Food and Drug Administration [FDA] dans cette indication) ;
– l'association **baclofène + gabapentine** est possible en dernier recours.

Mesures hygiénodiététiques

- Éviter une distension gastrique rapide (repas trop copieux et/ou ingurgités trop rapidement, absorption excessive de boissons).
- Favoriser une vie plus calme, des activités de détente, un repos suffisant.

SURVEILLANCE

- La persistance du hoquet, surtout à une cadence rapprochée, peut conduire à une hospitalisation pour réhydratation et traitement par voie injectable et/ou à plus fortes doses.
- La prescription de baclofène, de gabapentine ou de chlorpromazine nécessite de contrôler l'absence de survenue d'une somnolence excessive, d'étourdissements, d'ataxie, voire de confusion.

NOTES PERSONNELLES

Horton (maladie de)

RAPPELS

Panartérite inflammatoire subaiguë du sujet âgé, à cellules géantes (artérite granulomateuse).

Diagnostic Devant un tableau ± complet associant céphalées, manifestations rhumatologiques (pseudopolyarthrite rhizomélique), altération de l'état général (asthénie, amaigrissement, fièvre), troubles visuels à un syndrome inflammatoire biologique. La palpation des artères temporales peut révéler une induration, une hypersensibilité ou une abolition du pouls. Une biopsie d'artère temporale peut confirmer le diagnostic mais sa sensibilité est imparfaite (60 %).

Objectif thérapeutique Prévention d'une cécité par ischémie du nerf optique, amélioration de l'état général et des manifestations articulaires, normalisation du syndrome inflammatoire.
La corticothérapie au long cours (au moins 24 mois) est la base incontournable du traitement.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Recherche de contre-indications* (très rares) : ATCD de troubles psychiques sévères sous corticoïdes, viroses en évolution (herpès, varicelle, zona), états infectieux non contrôlés.

• *Recherche de terrains à risque qu'il faudra traiter ou contrôler* (fréquents) : diabète, ATCD d'ulcère digestif, ostéoporose, tuberculose.

• *Recherche d'associations déconseillées* : aspirine > 1 g/24 h (accroissement du risque hémorragique) ; vaccins vivants.

• *Recherche d'associations à prendre en compte* : autres médicaments hypokaliémiants, anticoagulants oraux, inducteurs enzymatiques, digitaliques.

• Recherche de complications de la maladie : examen ophtalmologique ; sténose des gros troncs artériels (écho-Doppler) ; ECG ; aortite (scanner).

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• **Prednisone**, en une seule prise au petit-déjeuner :
– 0,80 mg/kg/j pendant 10 jours ;
– 0,60 mg/kg/j pendant 10 jours ;
– 0,40 mg/kg/j pendant 10 jours ;
– 0,30 mg/kg/j pendant 10 jours ;
– 0,20 mg/kg/j pendant 10 jours ;
– puis, en fonction de l'évolution clinique et biologique, maintenir un plateau d'environ 5 à 10 mg/j pendant 18 à 24 mois avant d'envisager un sevrage.

• **Calcium (1 000 mg) + vitamine D3 (880 UI) :** 1 sachet/j dans un grand verre d'eau en dehors des repas, durant toute la durée du traitement corticoïde.

Règles hygiénodiététiques

• Régime hyposodé standard (4 g de sel/j, soit 1 600 mg de sodium).
• Suppression des sucres d'absorption rapide (sucre pur, confitures, sodas, gâteaux).
• Régime riche en protéines et en calcium.
• Ne pas accroître l'apport calorique (risque de prise de poids).
• Activité physique régulière pour lutter contre le risque d'atrophie musculaire.

Situations particulières

• *En cas de manifestations ophtalmologiques ou vasculaires subaiguës*, le traitement doit être débuté en urgence par voie injectable, associé à un traitement antiagrégant et anticoagulant :
– **méthylprednisolone :** 1 à 5 mg/kg/j pendant 3 jours, avant relais par voie orale de **prednisone :** 1 mg/kg/j ;

Situations particulières (suite)

– **acétylsalicylate de lysine :** 1 injection IV lente de 500 mg puis 1 sachet de 160 mg/j ;
– **tinzaparine :** 175 UI/kg/j en 1 injection SC pendant 4 semaines par IDE ;
– **oméprazole :** 1 cp à 20 mg/j.

• *Ostéoporose* → chez les femmes ménopausées et les hommes à risque élevé de fractures, adjonction d'un traitement préventif de l'ostéoporose par vitamine D et diphosphonate :
– **vitamine D3 :** une ampoule de 100 000 UI à renouveler tous les 3 mois durant le traitement corticoïde ;
– **acide zolédronique :** une perfusion IV de 5 mg en 15 minutes, 1 fois/an (contre-indiqué si ClCr < 35 mL/min).

• *Diabète :* surveillance plus étroite de l'équilibre glycémique et renforcement du traitement oral ou passage à l'insuline si nécessaire.

• *Antécédent d'ulcère digestif :* gastroscopie et traitement antiulcéreux par **oméprazole**, 1 cp à 20 mg/j en l'absence de lésion évolutive (en cas d'ulcère, 40 mg durant 4 à 6 semaines puis 20 mg).

SURVEILLANCE

• *De l'efficacité du traitement :* disparition en 48 à 72 heures des manifestations cliniques et normalisation progressive du syndrome inflammatoire ; VS + CRP ou fibrinogène (+ numération globulaire initialement) à J7, J21 puis mensuel pendant 3 mois puis tous les 3 mois.

• *Des effets indésirables engendrés par l'hypercorticisme :* HTA, surpoids, œdèmes, hypokaliémie (contrôle à J7, à renouveler si anomalie ou prescription de potassium), diabète, amyotrophie, ostéoporose, cataracte, syndrome cushingoïde, etc.

• *Des effets indésirables divers de la corticothérapie :* excitation, insomnie, infections, acné, glaucome, purpura, ulcère digestif, etc.

H

Hyperactivité vésicale

RAPPELS

Besoin soudain et irrépressible d'uriner (urgenturie) avec ou sans incontinence, en général associé à une pollakiurie et à une nycturie. Ce trouble qui concerne les deux sexes est important compte tenu de sa forte prévalence et de ses répercussions sur la qualité de vie.

Diagnostic Clinique sur un syndrome associant des besoins impérieux et répétés d'uriner, une augmentation de la fréquence des mictions (> 8/24 h) qui sont de petits volumes avec mictions nocturnes (> 1/nuit) et parfois brûlures. Un calendrier mictionnel est utile pour préciser les horaires et les volumes (pour distinguer une polyurie > 2,5 L/24 h). Des examens urodynamiques peuvent être nécessaires pour analyser la capacité, la compliance, la sensibilité et la contractilité vésicales.

Liés à une hyper-contractilité du détrusor, le plus souvent idiopathique (rôle du stress), ces symptômes nécessitent cependant de rechercher une cause sous-jacente : infection urinaire, hypertrophie prostatique, prolapsus génital chez la femme (association fréquente à une incontinence d'effort), pathologie vésicale (calcul, tumeur) résidu mictionnel, diabète, trouble neurologique, médicament favorisant, etc.

Objectif thérapeutique Soulager les symptômes d'inconfort (antispasmodiques ou agoniste β-adrénergique) et favoriser un meilleur contrôle mictionnel (rééducation pelvienne et/ou thérapie comportementale ; électrostimulation).

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Rechercher soigneusement une cause sous jacente* (cf. ci-dessus).
- *Rechercher un médicament favorisant* : diurétiques, médicaments nécessitant une hydratation abondante.
- *Rechercher une contre-indication aux différents traitements* :
– antispasmodiques anticholinergiques : glaucome par fermeture de l'angle, risque de rétention urinaire sur obstacle urétro-prostatique, myasthénie, atonie ou occlusion intestinale, colite ulcéreuse sévère, insuffisance rénale et/ou hépatique sévère ;
– antispasmodiques musculotropes : glaucome par fermeture de l'angle, obstacle digestif, hémorragie gastro-intestinale ;
– agoniste β-adrénergique : hypertension artérielle sévère et non contrôlée.
- *Rechercher une association médicamenteuse contre-indiquée aux anticholinergiques* : inducteurs puissants du CYP 3A4 (anti-infectieux [rifampicine, éfavirenz, griséofulvine], anti-convulsivants [carbamazépine, phénobarbital, phénytoïne], millepertuis).
- *Associations aux anticholinergiques à utiliser avec précautions* : agonistes dopaminergiques, tous les inducteurs ou inhibiteurs du CYP 3A4, inhibiteurs de la cholinestérase, prokinétiques.
- *Recherche de patients à risque avec les anticholinergiques* : neuropathie autonome, hernie hiatale avec œsophagite, hyperthyroïdie, coronaropathie, insuffisance cardiaque (risque de tachycardie), pathologie rénale ou hépatique.
- *L'utilisation de ces molécules pendant la grossesse et l'allaitement est déconseillée.*

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• *En première intention,* proposer un anticholinergique pendant deux mois puis réévaluation : **trospium cp à 20 mg,** un comprimé matin et soir (ne pas dépasser 10 mg/24 h (prise un jour sur deux) si clearance créatinine < 30 mL/min).

• *En seconde intention,* proposer un antispasmodique musculotrope ou un agoniste β-adrénergique pendant deux mois puis réévaluation

– **flavoxate cp à 200 mg :** un comprimé 3 fois/j ;

ou :

– **mirabégron cp à 50 mg :** un comprimé/j (sans croquer ni écraser).

Règles hygiénodiététiques et kinésithérapie

• Limiter la consommation de boissons, en particulier café, thé, boissons gazeuses, alcool.

• Réduction pondérale en cas de surpoids ou de véritable syndrome métabolique.

• Une rééducation périnéale (10 à 20 séances à raison de 2 à 3 par semaine) comportant des exercices musculaires du plancher pelvien (en particulier s'il existe des fuites) doit être associée.

Situations particulières

• *Si le trouble survient suite à la ménopause,* un traitement hormonal substitutif peut être proposé (*cf.* fiche « Ménopause »).

• *Si le trouble survient pendant et/ou immédiatement après une grossesse,* une rééducation périnéale est nécessaire.

Situations particulières (suite)

- *Les formes sévères et rebelles* nécessitent un bilan urologique et peuvent relever
  – d'une électrostimulation ou d'un traitement par toxine botulinique ;
  – d'une véritable thérapie comportementale pour améliorer l'inhibition corticale sur les contractions du détrusor et l'augmentation de la pression de clôture urétrale.

SURVEILLANCE

Les anticholinergiques sont responsables d'effets atropiniques fréquents : bouche sèche, troubles de l'accommodation, risque de rétention urinaire (surveillance d'un globe), tachycardie, glaucome, troubles psychiques mais également de dyspepsie, douleurs abdominales, céphalées, manifestations allergiques. Aussi une surveillance particulière est-elle nécessaire chez les sujets âgés, les conducteurs de voiture, les sujets affectés de troubles digestifs.

NOTES PERSONNELLES

H

Hypercholestérolémie de l'adulte

RAPPELS

La concentration du LDL-cholestérol (LDL-c) est corrélée positivement avec le risque de décès cardiovasculaires mais l'interprétation des chiffres et la nécessité d'un traitement doivent s'intégrer dans une évaluation du risque cardiovasculaire global.

Diagnostic Le bénéfice attendu de la réduction du LDL-c est corrélé au risque de la population traitée. En prévention secondaire, chez des patients à haut risque ayant déjà présenté une pathologie vasculaire, diabétiques, insuffisants rénaux chroniques si atteints d'hypercholestérolémie familiale, ce bénéfice est établi. La prévention primaire fait l'objet de controverses car plus la population traitée est à risque faible, plus le bénéfice du traitement sera faible. Le risque cardiovasculaire peut être évalué à l'aide de l'outil SCORE (*Systematic Coronary Risk Estimation*). D'autres paramètres peuvent contribuer à la décision thérapeutique comme une localisation artérielle athérothrombotique asymptomatique, une CRPus élevée.

Objectif thérapeutique Réduire la morbimortalité cardiovasculaire mais l'enjeu est de prescrire un traitement avec le maximum de bénéfice et un minimum d'effets secondaires pour favoriser une compliance au long cours. Le traitement pharmacologique de l'hypercholestérolémie repose essentiellement sur les statines dont l'effet est dose-dépendant. L'objectif de réduction du LDL-c dépend du nombre de facteurs de risque.

Tableau 1 – Objectifs thérapeutiques en fonction du niveau de risque cardiovasculaire.

Niveau de risque cardiovasculaire		Objectif de C-LDL	Intervention de première intention	Intervention de deuxième intention
Faible	SCORE < 1 %	< 1,9 g/L (4,9 mmol/L)	Modification du mode de vie	Modification du mode de vie + Traitement hypolipémiant
	1 % ≤ SCORE < 5 %	< 1,3 g/L (3,0 mmol/L)		
Modéré	Diabète de type 1 ou 2 < 40 ans sans facteur de RCV ni atteinte d'organe cible			
	5 % ≤ SCORE < 10 %			
Élevé	Diabète de type 1 ou 2 : < 40 ans avec au moins un facteur de RCV ou atteinte d'organe cible ⩾ 40 ans sans facteur de RCV ni atteinte d'organe cible	< 1,0 g/L (2,6 mmol/L)		
	Patient ayant une insuffisance rénale chronique modérée		Modification du mode de vie + Traitement hypolipémiant	Modification du mode de vie + Identification du traitement hypolipémiant
	PA ⩾ 180/110 mmHg			
	SCORE ⩾ 10 %			
	Diabète de type 1 ou 2 ⩾ 40 ans avec au moins un facteur de RCV ou atteinte d'organe cible			
Très élevé	Patient ayant une insuffisance rénale chronique sévère	< 0,70 g/L (1,8 mmol/L)		
	Maladie cardiovasculaire documentée **(prévention secondaire)**			

➠ *Cela conduit à définir trois niveaux thérapeutiques avec les statines :*
– *le traitement à forte intensité (baisse du LDL-c > 50 %) : atorvastatine 40 ou 80 mg; rosuvastatine 20 mg; en particulier en prévention secondaire, dans l'insuffisance rénale chronique et chez les diabétiques à haut risque ;*
– *le traitement à intensité modérée (baisse du LDL-c de 30 à 50 %) : atorvastatine 10 ou 20 mg, simvastatine 20 ou 40 mg, rosuvastatine 5 ou 10 mg, pravastatine 40 mg ;*
– *le traitement à intensité faible (baisse du LDL-c < 30 %) : simvastatine 10 mg, pravastatine 20 mg.*

NB : il n'y a pas de preuve d'efficacité du traitement par statines chez les patients en insuffisance cardiaque, chez ceux traités par hémodialyse et chez les patients très âgés.

➠ *Par ailleurs, un traitement par ézétimibe (baisse du LDL-c de 15 à 20 %) peut s'avérer nécessaire lorsque l'objectif thérapeutique n'est pas atteint avec la dose maximale tolérée de statines ou lorsque le patient est intolérant aux statines. La colestyramine peut aussi être envisagée.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Rechercher une cause secondaire d'hypercholestérolémie :* régime riche en acides gras et trans industriels, anorexie, prise de poids, corticoïdes, cyclosporine, amiodarone, hypothyroïdie, syndrome néphrotique, obstruction biliaire, grossesse.

• *Rechercher une contre-indication aux statines :* affection hépatique évolutive (en particulier transaminases > 3 N), myopathie, grossesse et allaitement. Association à la cyclosporine ou aux inhibiteurs puissants du CYP 3A4 (en particulier antiprotéases, antifongiques azolés, macrolides et jus de pamplemousse).

• *Rechercher des associations déconseillées :* fibrates (risque accru de rhabdomyolyse), AVK (décoagulation excessive), stiripentol, acide fucidique. Simvastatine : danazol, amlodipine, amiodarone, diltiazem, vérapamil.

• *Rechercher des terrains à risques* : insuffisance rénale (fluvastatine 50 % de la dose et rosuvastatine 5-10 mg/j si Clcr < 50 mL/min, simvastatine 5 mg/j si Clcr < 10 mL/min), alcoolisme, patients asiatiques, âge > 70 ans, diabète. Chez ces patients, un dosage préalable des CPK est recommandé. Un alcoolisme doit être sevré.

• Discuter du risque CV global avec le patient et évaluer son niveau d'adhésion.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

Atorvastatine 10 mg : débuter par 1 cp/j. Un bilan lipidique à 3 mois permettra d'adapter éventuellement la posologie.

Règles hygiénodiététiques

- Conseils diététiques : alimentation riche en fibres, noix, fruits, légumes, poissons. Éviter les acides gras trans (viennoiseries, pizzas, quiches, margarines, barres chocolatées, plats cuisinés, *etc.*) et réduire l'apport en sucres (lipogenèse et insulinorésistance induites par le fructose).
- Absence d'exposition au tabac.
- Perte de poids si excès pondéral.
- Pratique d'une activité physique régulière (30 min/j).

Le traitement des autres facteurs de risque cardiovasculaires (hypertension artérielle, diabète) doit être associé.

Situations particulières

- *Chez les sujets âgés > 75 ans* où le niveau de preuve d'un bénéfice thérapeutique est plus faible et en raison des polypathologies, il est recommandé de ne pas utiliser un traitement à forte intensité.
- *En cas d'intolérance aux statines*, prescription d'un inhibiteur de l'absorption du cholestérol : ezétimibe 10 mg, 1 cp/j pendant ou hors d'un repas.

Surveillance des effets indésirables identique à celle des statines.

- *En cas d'objectif thérapeutique non atteint malgré une bonne compliance*, prescription complémentaire d'un inhibiteur d'absorption du cholestérol (*cf.* ci-avant).
- *En cas d'hyperlipidémie mixte (hypercholestérolémie + hypertriglycéridémie),* si les conseils diététiques et la prescription d'une statine sont insuffisants à réduire une hypertriglycéridémie majeure, l'adjonction d'un fibrate est possible mais au prix d'un risque accru de rhabdomyolyse : bézafibrate 200 mg, 3 cp/j au cours des repas. Surveillance des effets indésirables identique à celle des statines.

SURVEILLANCE

- Des effets indésirables : douleurs musculaires 7 à 29 %, élévation des CPK > 10 N (1/1 000 à 10 000 : effet dose-dépendant), nausées, douleurs abdominales, constipation ou diarrhée, fatigue, neuropathie périphérique, insomnie, troubles cognitifs, diabète (risque accru : RR + 10 %), protéinurie.
- Contrôle des transaminases et des CPK (à distance d'au moins 48 heures d'un effort musculaire soutenu) après 4 à 6 semaines puis tous les 3 mois pendant 1 an et en cas de myalgies.
- De la compliance au traitement et de son efficacité : bilan lipidique à 3 mois.

NOTES PERSONNELLES

H

Hyperhidrose

RAPPELS

Sudation excessive évoluant depuis plus de six mois, l'hyperhidrose peut altérer considérablement la qualité de vie des sujets atteints. Affectant 1 à 3 % de la population, elle est le plus souvent idiopathique (formes localisées) mais elle peut révéler une pathologie sous-jacente (formes généralisées) ou plus rarement un syndrome neurologique (formes régionales).

Diagnostic Clinique évident dans une **forme localisée** (axillaire, palmaire, plantaire, inguinale ou craniofaciale) **bilatérale et relativement symétrique**, qui évolue par crises au moins hebdomadaires. Le plus souvent, elle débute avant l'âge de 25 ans, avec des ATCD familiaux dans 40 à 50 % des cas. L'hypersudation est d'intensité variable, parfois majeure (la sueur dégouline des mains), accrue par l'émotion, mais elle s'interrompt pendant la nuit.

Les **formes généralisées** sont rares et doivent faire rechercher une ménopause, un éthylisme, des manifestations neurovégétatives, une hyperthyroïdie, un diabète, un lymphome, une tuberculose (en particulier en cas de recrudescence nocturne) ainsi que le rôle de médicaments.

Les **formes localisées asymétriques** sont associées à des troubles neurologiques rares ou surviennent après un AVC. Lorsqu'elles sont circonscrites à un membre ou au tronc, elles doivent faire pratiquer une biopsie cutanée à la recherche d'un hamartome eccrine.

➠ *La sévérité de l'hyperhidrose doit être évaluée par son retentissement fonctionnel en utilisant le « Score Hyperhidrosis Disease Severity Scale » (HDSS) qui comporte quatre niveaux : ma transpiration (1) n'entrave en rien… ; (2) entrave parfois… ; (3) entrave fréquemment… ; (4) entrave constamment…* mes *activités quotidiennes.*

Objectif thérapeutique Il vise à réduire l'excrétion sudorale et surtout la gêne fonctionnelle et sociale. Cinq types de traitements peuvent être envisagés
– l'application locale d'antiperspirants à base de chlorure d'aluminium entraîne une réduction sudorale mais l'incertitude sur son innocuité à long terme restreint son utilisation prolongée ;
– les anticholinergiques ont montré un intérêt dans de petites séries et méritent d'être proposés ;
– la réalisation de séances de ionophorèse assure une amélioration qui peut être importante mais qui nécessite un traitement prolongé ;
– les injections de toxine botulique A ont une efficacité intéressante dans les formes axillaires et palmaires mais ce traitement est réservé à l'hôpital ;
– la sympathectomie thoracique par voie endoscopique doit être réservée aux formes palmaires sévères et résistantes aux autres traitements.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Rechercher des médicaments susceptibles de provoquer une hyper sudation :* amiodarone, opiacés, pentoxifylline, interféron, inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, AINS, bêtabloquants, anti-œstrogènes.

• *Rechercher des contre-indications aux différents traitements :*
– antiperspirants : plaie ou peau lésée ;
– anticholinergiques : glaucome à angle fermé, adénome prostatique, tachyarythmie, myasthénie, atonie intestinale, insuffisance rénale et/ou hépatique sévère
– ionophorèse : pacemaker, orthèses métalliques, plaies, grossesse ;
– toxine botulique : myasthénie, grossesse, allaitement.

• *Rechercher des terrains à risques :* anticholinergiques non recommandés chez les sujets âgés, les conducteurs de véhicules, les femmes enceintes ou allaitantes.

• *Rechercher des associations déconseillées :*
– anticholinergiques : agonistes dopaminergiques, phénothiazines, antidépresseurs imipraminiques, disopyramide, néfopam
– toxine botulique : aminosides.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• *Dans un premier temps*, proposer le traitement le plus simple :
– **crème antiperspirante à base de chlorure d'aluminium :** appliquer sur des aisselles sèches au moment du coucher, puis éliminer par lavage après 6 à 8 heures. Renouvellement toutes les 24 à 48 heures jusqu'à normalisation de la sudation, puis une fois toutes les 1 à 3 semaines ;
– **oxybutynine 5 mg cp sécable** : débuter par des petites doses, ¼ de cp/j puis augmenter par paliers de ¼ de cp tous les 4 jours jusqu'à obtention d'un résultat satisfaisant. La dose maximale est de 2,5 mg 3 fois/j (utilisation hors AMM).

• *Si le résultat est insuffisant*, proposer dans les formes palmaires : des **séances de ionophorèse** à l'hôpital, chez certains dermatologues ou kinésithérapeutes, puis à domicile en cas de bons résultats. Elles nécessitent un matériel qui permet d'exposer les mains et/ou les pieds à un courant électrique continu transmis par immersion dans l'eau après avoir enlevé les bagues métalliques. L'intensité du courant est augmentée progressivement jusqu'à une sensation de picotements, vers 20 mA, qui est maintenue 10 à 15 minutes. Trois séances la première semaine puis deux la deuxième semaine et trois dans les deux semaines suivantes. Une séance d'entretien est nécessaire dans les 2 à 3 semaines, puis tous les 1 à 2 mois.

Règles hygiénodiététiques

• Éviter de trop se couvrir ou de s'exposer à un chauffage excessif. Le port de vêtements amples, perméables à l'air, en fibres naturelles (lin ou coton) limite la macération. Le port de chaussettes en coton, de chaussures aérées de préférence en cuir avec des semelles en liège ou en cuir limite la macération plantaire. Il existe des semelles antiperspirantes.

Règles hygiénodiététiques (suite)

- Une toilette quotidienne à l'eau et au savon doux est indispensable, suivie d'un séchage soigneux (en particulier interdigital pour éviter la survenue de mycoses). Le rasage ou l'épilation axillaire est recommandé. L'application de talc sur la plante des pieds et les semelles est utile.
- Limiter la consommation de café, de boissons alcoolisées et d'aliments épicés.
- La détente, la relaxation et le repos contribuent au bon contrôle des manifestations neurovégétatives.

Situations particulières

Dans les formes sévères, une prise en charge spécialisée est nécessaire :
– un traitement par des injections de **toxine botulique A** peut être proposé. La durée d'efficacité des injections est variable, allant de 4 à 25 mois ;
– une **sympathectomie thoracique** par voie endoscopique doit être réservée aux formes palmaires sévères et résistantes aux autres traitements. Elle n'a pas d'influence sur la sudation plantaire et les hypersudations diffuses ne constituent pas une indication.

SURVEILLANCE

De l'efficacité et de la tolérance
– *des antiperspirants* qui peuvent entraîner une irritation locale. Cette dernière peut être traitée par réduction de la fréquence d'application, voire l'application d'un dermocorticoïde pendant une durée brève ;
– *des anticholinergiques* dont les effets indésirables sont dose-dépendants : sécheresse buccale, troubles d'accommodation, constipation, tachycardie, lipothymies ;

– *des injections de toxine botulique* : une faiblesse modérée et transitoire (en général < 1 mois) des muscles intrinsèques de la main est constatée chez 5 % des patients, risque dont ils doivent être informés au préalable.

NOTES PERSONNELLES

H

Hypertension artérielle essentielle de l'adulte

RAPPELS

L'élévation de la pression artérielle (PA) est reliée linéairement à une augmentation du risque cardiovasculaire : doublement de la mortalité cardiovasculaire lors d'une augmentation de la PA systolique de 20 mmHg ou de la PA diastolique de 10 mmHg. Le risque d'AVC est multiplié par 9 et d'infarctus du myocarde par 2,5.

Diagnostic Élévation de la PA au-delà de valeurs dites « normales » :
– au cabinet, lors de 2 visites espacées, en position assise après 5 minutes de repos : PAS ⩾ 140 mmHg et/ou PAD ⩾ 90 mmHg ;
– mesure ambulatoire de la PA sur 24 heures : MAPA moyenne (PAS ⩾ 130 mmHg et/ou PAD ⩾ 80 mmHg) ; MAPA diurne (PAS ⩾ 135 mmHg et/ou PAD ⩾ 85 mmHg) ; MAPA sommeil (PAS ⩾ 120 mmHg et/ou PAD ⩾ 70 mmHg) ;
– automesure : PAS ⩾ 135 mmHg et/ou PAD ⩾ 85 mmHg.
Il faut confirmer l'hypertension artérielle primitive de l'adulte (HTA) en dehors du cabinet médical, rechercher une atteinte des organes cibles, évaluer le risque cardiovasculaire (modèle SCORE : www.heartscore.org) et rechercher une HTA secondaire (en cas d'HTA avant l'âge de 30 ans, d'hypokaliémie, d'HTA sévère d'emblée ou résistante, ou autres situations cliniques évocatrices).

Objectif thérapeutique Réduire la morbimortalité cardiovasculaire (–20 % d'évènements coronariens et –40 % d'AVC pour une réduction de PAS de 10 mmHg et de PAD de 5 mmHg), le risque d'insuffisance cardiaque, de fibrillation auriculaire, d'insuffisance rénale et de démence.

➠ *Une consultation d'information et d'annonce de l'HTA doit être réalisée. Le traitement est initié lorsque la PA persiste > 140/90 mmHg malgré le suivi des règles hygiénodiététiques. Chez les sujets de plus de 80 ans en bon état général, le traitement est initié pour une PAS ⩾ 160 mmHg avec une PAS cible entre 150 mmHg et 140 mmHg en l'absence d'hypotension orthostatique.*

➠ *Les différents antihypertenseurs (thiazidiques, bêtabloquants, IEC, ARA2, antagonistes calciques) peuvent être indifféremment utilisés pour initier un traitement. Toutefois, les bêtabloquants apparaissent moins efficaces pour la prévention des accidents vasculaires cérébraux.* Il est préférable d'utiliser de faibles doses de thiazidiques en raison du risque de diabète induit. *Le choix doit être guidé par les caractéristiques du patient et les contre-indications potentielles. L'association de molécules doit être envisagée en cas d'efficacité insuffisante de la monothérapie. L'augmentation de la posologie d'une monothérapie n'est pas toujours souhaitable en raison d'effets secondaires plus fréquents (par exemple augmentation de l'amlodipine de 5 à 10 mg/j associée à la survenue beaucoup plus fréquente d'œdèmes des membres inférieurs) et/ou d'une courbe dose-réponse modeste (par exemple avec les bêtabloquants). Les ARA2 sont utilisés en 2e ligne en cas de survenue de toux sous IEC. L'association IEC-ARA2 n'est pas recommandée,* tout comme l'association thiazidique-diurétique de l'anse. *L'association bêtabloquant-diurétique thiazidique augmente le risque de diabète. Les diurétiques de l'anse et les antialdostérone (spironolactone, amiloride) ne font pas partie du traitement de première intention de l'HTA.* Alphabloquants et antihypertenseurs centraux sont utilisés en cas d'HTA résistante. *L'utilisation de formes combinées favorise l'observance médicamenteuse.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Recherche d'une HTA médicamenteuse ou toxique :* AINS, corticoïdes, œstroprogestatifs, vasoconstricteurs nasaux, inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, triptans, immuno-

suppresseurs (tacrolimus, ciclosporine), antiangiogéniques/inhibiteurs de tyrosine kinases, érythropoïétine, consommation de réglisse, cocaïne, LSD, amphétamines, alcool, *etc.*

- *Recherche de contre-indications ou d'associations déconseillées avec les diurétiques :* hypersensibilité aux sulfamides (thiazidiques, indapamide), insuffisance hépatique ou rénale sévère, grossesse ; lithium, médicaments favorisant les torsades de pointes.
- *Recherche de contre-indications ou d'associations déconseillées avec les bêtabloquants :* bradycardie < 50/min, asthme, troubles de conduction atrioventriculaire ; floctafénine, antiarythmiques.
- *Recherche de contre-indications ou d'associations déconseillées avec les IEC et ARA2 :* sténose des artères rénales, ATCD d'angiœdèmes, insuffisance hépatique sévère, grossesse et allaitement ; AINS, lithium, estramustine, médicaments hyperkaliémiants.
- *Recherche de contre-indications ou d'associations déconseillées avec les antagonistes calciques bradycardisants :* BAV des 2e et 3e degrés, bradycardie sévère, insuffisance ventriculaire gauche, grossesse et allaitement ; dantrolène, médicaments favorisant les torsades de pointes, antiarythmiques, sultopride, triazolam, ciclosporine.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnances

- **Hydrochlorothiazide 25 mg :** ½ cp le matin.

ou

- **Amlodipine 5 mg :** 1 cp/j le matin.

ou

- **Ramipril 5 mg :** 1 cp/j le matin.

ou

- **Ramipril 5 mg + hydrochlorothiazide 12,5 mg :** 1 cp/j le matin.

Règles hygiénodiététiques

- **Réduire la consommation de sel** (5-6 g/j), d'alcool (< 20 g/j).
- Exercice régulier (30 minutes/j) et arrêt du tabac.
- Normalisation du poids (IMC cible 25 kg/m²).
- Augmenter la consommation de légumes, fruits et produits pauvres en acides gras saturés et trans.
- Traitement des facteurs de risque associés : LDL cholestérol cible < 1,15 g/L (< 0,7 g/L en cas de maladie coronaire), HbA1C < 7 % (< 8 % chez les sujets âgés), + **aspirine 75 mg/j** en cas d'évènements cardiovasculaires ou en prévention primaire chez les sujets à haut risque ou en cas d'insuffisance rénale.

Situations particulières

- *Diabète et/ou néphropathie :* IEC ou ARA2 sont préférables, en particulier en cas de protéinurie.
- *Sujets âgés :* diurétiques thiazidiques et inhibiteurs calciques dihydropyridiniques sont préférables, en vérifiant l'absence d'hypotension orthostatique et de troubles ioniques.

Situations particulières (suite)

- *Postinfarctus du myocarde* : IEC ou ARA2 et bêtabloquants sont préférables.
- *Insuffisance cardiaque* : diurétiques, bêtabloquants (à doses très progressives), IEC ou ARA2 et antialdostérones sont indiqués en cas de dysfonction VG. En cas de FEVG préservée, aucune classe n'a montré de supériorité ; l'objectif tensionnel est une PAS aux alentours de 140 mmHg.
- *Post-AVC* : durant les premières heures l'HTA doit être respectée (sauf chiffres > 220/120 mmHg). Ultérieurement, toutes les classes peuvent être utilisées.
- *Grossesse* : un traitement est indiqué pour une PA > 160/110 mmHg ou > 140/90 mmHg en cas d'atteinte d'organes cibles ; méthyldopa, labétalol, nicardipine et nifédipine sont préférables. IEC et ARA II sont contre-indiqués quel que soit le trimestre de la grossesse (fœtotoxicité). Un traitement par **aspirine 75 mg/j** est recommandé uniquement chez les patientes ayant un antécédent de prééclampsie.

SURVEILLANCE

- *La compliance au traitement* est le principal enjeu de l'HTA. Une éducation thérapeutique s'avère régulièrement nécessaire avec pratique de l'automesure.
- *Visite de contrôle* 4 semaines plus tard pour *évaluer l'efficacité et la tolérance*. Une fois les chiffres tensionnels stabilisés dans la zone cible, un suivi tous les 3 à 6 mois est suffisant. La recherche d'atteinte des organes cibles doit être faite au minimum tous les 2 ans en fonction du contrôle tensionnel.
- *Recherche d'effets secondaires* : hypotension orthostatique (tout antihypertenseur), hypokaliémie, hyponatrémie (diurétiques), hyponatrémie, hyperkaliémie, aggravation de la fonction rénale (bloqueurs du SRAA), flush, œdèmes des membres inférieurs (calcium-bloqueurs),

toux (IEC), asthénie, bradycardie excessive, phénomène de Raynaud, psoriasis (bêtabloquants), somnolence, dépression, bouche sèche (antihypertenseurs centraux), céphalées, vertiges (alphabloquants).

- *L'absence de réduction nocturne de la PA (non-dipper)* doit faire rechercher des apnées du sommeil ainsi que des écarts de régime diététique, une insuffisance rénale chronique et une neuropathie diabétique.
- *L'HTA résistante* est définie comme une PA > 140/90 mmHg malgré une trithérapie à dose efficace comportant un diurétique. Elle doit faire évoquer en tout premier lieu un trouble de l'observance thérapeutique, un syndrome d'apnées du sommeil puis faire rechercher une HTA secondaire. L'adjonction d'un antialdostérone ou d'amiloride est régulièrement efficace, il faut néanmoins monitorer la créatinine et la kaliémie.

NOTES PERSONNELLES

H

Hypotension orthostatique

RAPPELS

Diminution de la pression artérielle (PA) systolique d'au moins 20 mmHg et/ou de la PA diastolique d'au moins 10 mmHg survenant dans les 3 minutes suivant un passage en position debout. L'hypotension orthostatique, qu'elle soit symptomatique ou non, constitue un facteur de risque de chutes et un facteur de morbi-mortalité. Sa survenue augmente avec l'âge (adaptation physiologique réduite) et différents traitements (*cf.* ci-dessous).

Diagnostic Clinique par la mesure de la PA (et de la fréquence cardiaque) en position couchée (ou assise) puis debout toutes les minutes durant 3 minutes (arrêt si manifestations cliniques plus précoces). En cas de suspicion clinique et d'épreuve négative, la procédure doit être renouvelée.

Une hypotension orthostatique doit être recherchée systématiquement devant des symptômes variés : perte de connaissance, lipothymie, vertige, chute, fatigue inhabituelle, trouble visuel, etc.) mais également chez les hypertendus traités, les diabétiques, les insuffisants rénaux, les sujets affectés de troubles neurologiques et/ou cognitifs, les sujets dénutris.

Elle est le plus souvent secondaire à une déshydratation (fièvre, canicule, déficit hydrique, diarrhée, etc.) et surtout à certains médicaments (*cf.* ci-après). Dans ces cas, l'hypotension s'accompagne d'une accélération du pouls > 20/min.

Elle peut être liée à une dysautonomie, dans le cadre d'une affection neurologique (Parkinson, amylose, Guillain-Barré, SEP, etc.) ou systémique (diabète, insuffisance rénale, infection, néoplasie, etc.). Dans ces cas, l'accélération du pouls est moindre (< 20/min) ou nulle.

Objectifs thérapeutiques Corriger l'hypotension lorsqu'elle est secondaire. Réduire son importance dans les autres cas, afin d'améliorer le confort du patient et de réduire les risques de chute. La midodrine, α1-sympathomimétique direct, favorise une vasoconstriction artérielle périphérique. La fludrocortisone entraîne une rétention sodée qui favorise une élévation de la pression sanguine.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Rechercher un traitement favorisant :* antihypertenseurs, psychotropes (neuroleptiques, antidépresseurs), vasodilatateurs (dérivés nitrés, alpha-bloquants, sildénafil, etc.), antiparkinsoniens, anticholinergiques, opiacés, dérivés atropiniques ou sympatholytiques cachés (gouttes ophtalmologiques).
- *Rechercher des contre-indications à la midodrine :* hypertension artérielle, phéochromocytome, bradycardie, cardiopathie ou coronaropathie, phénomène de Raynaud, artériopathie oblitérante, thyrotoxicose, insuffisance rénale sévère, glaucome par fermeture de l'angle, risque de rétention urinaire.
- *Rechercher des associations contre-indiquées ou déconseillées :*

– midodrine : digitaline, IMAO non sélectifs, α-bloquants, sympathomimétiques, bromocriptine, méthylergométrine, fingolimod, médicaments bradycardisants ou favorisant les torsades de pointe ;
– fludrocortisone : médicaments hypokaliémiants ou favorisant les torsades de pointe, inducteurs puissants du CYP 3A4, digitaline.

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• *En cas d'hypotension d'origine médicamenteuse,* une révision du traitement en cause est nécessaire : arrêt, changement de dose ou d'horaire ou de classe pharmacologique.

• *En cas d'hypovolémie,* correction des causes sous-jacentes et réhydratation orale ou par voie intraveineuse.

• *En cas d'hypotension symptomatique d'origine neurogène :* **midodrine cp à 2,5 mg,** débuter 2,5 mg/prise 2 à 3 fois/j (1re prise avant le lever et dernière prise au plus tard 4 heures avant le coucher). La posologie est ajustée chaque semaine en augmentant de 2,5 mg/prise jusqu'à une réponse clinique optimale, sans HTA en position couchée. La posologie de 40 mg/j ne doit pas être dépassée.

• *En cas d'échec,* traitement de relais : **fludrocortisone cp à 50 µg,** 2 à 4 cp/j en une prise vespérale, adaptée en fonction des signes d'orthostatisme et de la tolérance, posologie devant être régulièrement réévaluée.

• *Éducation indispensable :* identification des symptômes d'hypotension, lever en plusieurs temps, interruption immédiate du lever en cas de manifestations cliniques.

Mesures hygiénodiététiques

• Hydratation suffisante, apport sodé accru adapté à l'état cardiovasculaire.

• Éviter l'alcool (effet vasodilatateur).

• Contention des membres inférieurs durant la journée par chaussette ou bas de classe 2.

Situations particulières (suite)

- Activité physique même modérée.
- Miction et douche en position assise.

Cas particuliers

En cas d'échec, le recours à un centre spécialisé est possible : une thérapeutique particulière peut y être initiée (hors AMM), par érythropoïétine, octréotide, pyridostigmine, desmopressine, clonidine ou droxidopa.

SURVEILLANCE ET PRÉCAUTIONS

- *Sous midodrine*, surveillance de la PA, en particulier nocturne, et des effets indésirables fréquents (1-10 %) : bradycardie, fourmillements, tremblements, angine de poitrine. La posologie efficace la plus faible doit être recherchée.
- *Sous fludrocortisone*, les risques sont liés à l'activité minéralocorticoïde : rétention hydrosodée, HTA, hypokaliémie (crampes, myalgies) qui peut nécessiter une supplémentation. Le traitement par la fludrocortisone ne doit pas être interrompu brutalement.

NOTES PERSONNELLES

H

Hypothyroïdie périphérique de l'adulte

RAPPELS

Diminution de production des hormones thyroïdiennes, l'hypothyroïdie peut être soit périphérique, liée le plus souvent à une affection auto-immune de la glande thyroïde, soit centrale, liée à un déficit de stimulation hypophysaire. La prévalence de l'hypothyroïdie périphérique varie de 3 à 10 % avec une prédominance féminine (75 %).

Diagnostic

Évoqué devant des signes cliniques peu spécifiques : asthénie, crampes, frilosité, sécheresse cutanée, prise de poids, constipation, syndrome dépressif, gonflement de la thyroïde, bradycardie. À un stade plus évolué, infiltration des paupières et du visage, dépilation, insuffisance coronarienne, ralentissement psychomoteur, hypothermie.

Dans les formes périphériques, de loin les plus fréquentes, la confirmation est fournie par l'élévation de la TSH > 5 mUI/L, confirmée par un 2e dosage. La présence d'anticorps antithyroperoxydase (Ac anti-TPO) signe une origine auto-immune. Initialement, la T4 libre est encore normale (forme fruste ne justifiant généralement qu'une surveillance) puis s'abaisse progressivement (forme patente).

Dans les formes centrales, la TSH est abaissée et d'autres déficits endocriniens peuvent être associés, nécessitant un bilan et une prise en charge spécialisés.

Objectif thérapeutique Corriger le déficit hormonal par un traitement substitutif qui doit assurer une normalisation de la TSH (0,4 à 4 mUI/L) et prévenir les complications de l'hypothyroïdie patente.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *S'assurer que l'hypothyroïdie n'est pas liée à un traitement* : amiodarone, lithium, interféron.
- *S'assurer du caractère périphérique de l'hypothyroïdie* (TSH élevée) *et de l'absence d'un déficit cortisolique associé* (risque d'insuffisance surrénalienne aiguë).
- *Recherche d'autres maladies auto-immunes associées* (Biermer, vitiligo, diabète)
- *Recherche d'un terrain à risques* : âge > 70 ans, hypothyroïdie sévère, troubles du rythme cardiaque, insuffisance coronarienne, cardiopathie décompensée, nécessitant de débuter le traitement sous surveillance hospitalière.
- *Recherche d'associations à prendre en compte* : AVK (potentialisation), inducteurs enzymatiques (antiépileptiques, rifampicine, griséofulvine) et antipaludéens (risque d'hypothyroïdie), topiques gastro-intestinaux, agents adsorbants et sels de fer ou de calcium (délai > 2 heures), inhibiteurs de protéases du VIH et œstrogénothérapie substitutive (risque d'hypothyroïdie), imatinib et sumatinib.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

Le traitement est instauré de façon progressive, visant une posologie cible généralement comprise entre 100 et 150 µg/jour (inférieure chez les sujets âgés et dans les formes frustes), avec l'objectif de normalisation de la TSH.

Lévothyroxine 25 µg cp séc. :
– 1 cp le matin à jeun durant 10 jours;
– puis 2 cp le matin à jeun durant 10 jours;
– puis 3 cp le matin à jeun jusqu'au contrôle de la TSH qui sera effectué après 8 semaines de traitement.

Situations particulières

• *En cas de grossesse*, les besoins physiologiques augmentent, nécessitant une optimisation thérapeutique dès le début de la grossesse et une surveillance clinico-biologique tous les 2 mois.

• *Chez les patients à risque cardiaque, en milieu hospitalier,* la posologie initiale de lévothyroxine est réduite (12,5 µg/jour), l'augmentation des doses est plus progressive (paliers de 15 jours), sous surveillance ECG régulière et sous couverture de bêtabloquants.

SURVEILLANCE

• De l'efficacité du traitement : lorsque l'équilibre thérapeutique est atteint, après un premier contrôle à 6 mois, un contrôle annuel ultérieur est suffisant (sauf traitements intercurrents ou symptômes inhabituels). En cas de modification posologique de la thyroxine, un contrôle de la TSH ne doit être réalisé qu'après 8 semaines d'une posologie stable.

• Des effets indésirables qui sont ceux d'une hyperthyroïdie : tachycardie, insomnie, excitabilité, amaigrissement, diarrhée. Ils témoignent

d'une posologie excessive qui doit être réduite après quelques jours d'interruption complète. La survenue de troubles du rythme cardiaque ou d'une angine de poitrine nécessite une suspension thérapeutique et une évaluation cardiologique.

- La lévothyroxine possédant une marge thérapeutique étroite, tout changement de spécialité (princeps ou génériques) est susceptible de perturber l'équilibre thérapeutique et une surveillance clinico-biologique plus étroite est justifiée.

NOTES PERSONNELLES

I

Impétigo

RAPPELS

Infection cutanée aiguë bactérienne, non immunisante et contagieuse par auto-inoculation, à streptocoques et/ou staphylocoques.

Diagnostic clinique

- Devant un impétigo croûteux de l'enfant de moins de 10 ans (streptocoque) : lésion initiale vésiculobulleuse superficielle sur base érythémateuse qui évolue vers la formation de croûtes mélicériques (couleur miel). Ces lésions, souvent d'âges différents chez un même patient, sont peu douloureuses et isolées (apyrexie habituelle).
- Devant un impétigo bulleux du nouveau-né et du nourrisson (staphylocoque doré) : présence de bulles mesurant de 1 à 2 cm laissant place en quelques jours à de vastes érosions prédominant en zones périorificielles. Le plus souvent, il n'existe pas de signes généraux.

Le diagnostic est confirmé par les résultats des prélèvements bactériologiques effectués à partir des bulles ou des lésions ulcérocroûteuses.

Objectif thérapeutique Obtenir une guérison clinique et limiter le risque de transmission. L'impétigo est contagieux avec possibilité d'auto-inoculation et de petites épidémies familiales ou de collectivités.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

Vérifier l'absence d'allergie au traitement prescrit.

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• *Formes minimes à modérées* (moins de 5 sites lésionnels actifs et absence d'extension rapide) :
– **chlorhexidine aqueuse à 0,2 % :** désinfecter les lésions 2 fois/j jusqu'à cicatrisation (1 flacon) ;
– **acide fusidique crème :** 1 application 3 fois/j pendant 8 jours.

• *Formes diffuses ou sévères :*
– **chlorhexidine aqueuse à 0,2 % :** désinfecter les lésions 2 fois/j jusqu'à cicatrisation (1 flacon) ;
– **cloxacilline :** 50 mg/kg/j en 3 prises pendant 8 jours.

Règles hygiénodiététiques

• Douche quotidienne, lavage de mains, brossage des ongles, changements de vêtements fréquents.

• L'isolement et l'éviction scolaire sont très rarement indiqués aujourd'hui.

• Prévenir les parents de la nécessité de consulter en urgence en cas d'extension rapide des lésions malgré un traitement bien conduit.

Situations particulières

• *En cas d'allergie à la pénicilline :* **josamycine sirop**, 50 mg/kg/j, en 2 prises/j, pendant 8 jours.

• *Il existe des formes extensives d'impétigo bulleux*, ou épidermolyse staphylococcique aiguë, affectant principalement le nouveau-né (rare chez l'adulte). L'éruption est de type scarlatiforme, associée à un œdème palmoplantaire (sans intervalle de peau saine). Au cours des 24-48 premières heures, des décollements cutanés très

Situations particulières (suite)

rapidement extensifs surviennent et laissent des érosions érythémateuses, donnant l'aspect classique du « bébé ébouillanté ». Les muqueuses sont respectées. L'enfant est fébrile et en mauvais état général. L'évolution est favorable après la mise en route d'une antibiothérapie antistaphylococcique intraveineuse associée à un traitement symptomatique.

SURVEILLANCE

- La survenue d'une glomérulonéphrite post-streptococcique ou d'un rhumatisme articulaire aigu est exceptionnelle et ne nécessite pas de dépistage systématique.
- Vérifier l'efficacité du traitement à J8.

NOTES PERSONNELLES



Impuissance sexuelle ou dysfonction érectile

RAPPELS

Incapacité persistante d'obtenir et/ou de maintenir une érection permettant un rapport sexuel satisfaisant, la dysfonction érectile (DE) est un symptôme fréquent qui augmente avec l'âge (1/3 des hommes > 40 ans rapportent des troubles de l'érection) et qui peut entraîner une altération importante de la qualité de la vie.

Diagnostic Clinique basé sur la description du patient dont le symptôme doit durer depuis au moins 3 mois. Sa sévérité peut être appréciée par le questionnaire IIEF6 (ci-après). Beaucoup d'hommes n'osent pas parler de ce problème et la question doit être largement posée par les médecins. La DE doit être distinguée des troubles du désir, des troubles de l'éjaculation, des troubles de l'orgasme et des douleurs lors des rapports.

Une origine organique doit être recherchée : le plus souvent vasculaire – la dysfonction érectile prématurée entre 35 et 60 ans est un symptôme d'alerte des maladies cardiovasculaires, en particulier des coronaropathies – ou neurologique, plus rarement iatrogène ou hormonale.

Une origine psychogène sera évoquée en cas de dépression ou de difficultés conjugales, professionnelles ou sociales.

Objectif thérapeutique Permettre aux patients qui le demandent d'avoir des rapports sexuels satisfaisants.

Une cause organique ou une dépression doivent être traitées spécifiquement.

Les inhibiteurs de la phosphodiestérase de type 5 (PDE5) constituent le traitement de référence de la DE.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Rechercher les principaux facteurs de risque et/ou une pathologie organique :* diabète, hypertension artérielle, dyslipidémie, hypogonadisme, addiction, dépression.
- *Rechercher un médicament favorisant la DE :* diurétiques, antihypertenseurs, neuroleptiques, antidépresseurs, antiandrogènes.
- *Évaluer l'impact sur la qualité de vie et la demande du patient* (et/ou de sa[son] partenaire), et préciser que les traitements n'ont pas d'effet sur l'absence de désir sexuel. Préciser que la plupart des médicaments ne sont pas remboursés.
- *Recherche de contre-indications aux PDE5 :* activité sexuelle déconseillée (infarctus myocardique ou AVC récent, insuffisance cardiaque évoluée, troubles du rythme non contrôlés), neuropathie optique ischémique, rétinite pigmentaire, insuffisance rénale ou hépatique sévère.
- *Recherche d'associations contre-indiquées ou déconseillées avec les PDE5 :* dérivés nitrés, médicaments donneurs de monoxyde d'azote (nicorandil, molsidomine), α-bloquants, calcium-bloquants (risque d'hypotension sévère avec tous ces produits), inhibiteurs puissants du CYP 3A4, pamplemousse.
- *Analyser l'état cardiovasculaire du patient :* un rapport sexuel entraîne une élévation des paramètres cardiovasculaires (rythme cardiaque et pression artérielle) autour de 50 % des capacités maximales, exposant certains patients à un risque accru. Un avis cardiologique est nécessaire en cas de doute.

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• **Sildénafil cp à 50 mg ou 100 mg :** 50 à 100 mg, à jeun de préférence, 30 à 60 minutes avant l'activité sexuelle. La durée d'action est de 4 à 5 heures. Recommandations : une seule prise/24 h et ne pas dépasser 100 mg/prise.

ou :

• **Vardénafil cp à 10 mg ou 20 mg :** 10 à 20 mg, à jeun ou lors d'un repas, 30 à 60 minutes avant l'activité sexuelle. La durée d'action est de 6 à 10 heures. Recommandations : une seule prise/24 h et ne pas dépasser 20 mg/prise.

Mesures hygiénodiététiques

- Conseils diététiques pour réduction pondérale en cas de surpoids.
- Sevrage tabagique et lutte contre les addictions.
- Encourager une activité physique régulière.

Situations particulières

En cas de contre-indications, d'échec ou d'intolérance des PDE5, des analogues de la prostaglandine E1 par voie intracaverneuse ou par voie intra-urétrale peuvent être proposés par un urologue après apprentissage. Différents types d'implants péniens peuvent également être mis en place.

SURVEILLANCE

• *De la tolérance des PDE5 :*

– s'assurer de l'absence de manifestations cardiaques ou coronariennes ; la survenue de douleurs coronariennes au cours d'un acte

sexuel sous PDE5 est une contre-indication des dérivés nitrés (risque de chute tensionnelle).
– prévenir le patient du risque d'hypotension brutale (surtout si associations) et de priapisme (rare mais favorisé par les hémopathies et nécessitant une consultation immédiate);
– possibilité de céphalées, dyspepsie, troubles visuels, sensations vertigineuses, acouphènes, rashs cutanés.

• *De l'effet thérapeutique obtenu* : les PDE5 assurent un résultat satisfaisant (> 75 %), moindre chez les patients diabétiques.

QUESTIONNAIRE IIEF 6 POUR QUANTIFIER UNE DYSFONCTION ÉRECTILE

Au cours des six derniers mois..

Question 1 – À quelle fréquence avez-vous pu avoir une érection, au cours de vos activités sexuelles ?
– Presque jamais ou jamais
– Rarement (beaucoup moins qu'une fois sur deux)
– Quelquefois (environ une fois sur deux)
– La plupart du temps (beaucoup plus qu'une fois sur deux)
– Presque tout le temps ou tout le temps

Question 2 – Lorsque vous avez eu des érections à la suite de stimulations sexuelles, à quelle fréquence votre pénis a-t-il été suffisamment rigide pour permettre la pénétration ?
– Presque jamais ou jamais
– Rarement (beaucoup moins qu'une fois sur deux)
– Quelquefois (environ une fois sur deux)
– La plupart du temps (beaucoup plus qu'une fois sur deux)
– Presque tout le temps ou tout le temps

Question 3 – Lorsque vous avez essayé d'avoir des rapports sexuels, à quelle fréquence avez-vous pu pénétrer votre partenaire ?
– Presque jamais ou jamais
– Rarement (beaucoup moins qu'une fois sur deux)
– Quelquefois (environ une fois sur deux)

– La plupart du temps (beaucoup plus qu'une fois sur deux)
– Presque tout le temps ou tout le temps

Question 4 – Pendant vos rapports sexuels, à quelle fréquence avez-vous pu rester en érection après avoir pénétré votre partenaire ?
– Presque jamais ou jamais
– Rarement (beaucoup moins qu'une fois sur deux)
– Quelquefois (environ une fois sur deux)
– La plupart du temps (beaucoup plus qu'une fois sur deux)
– Presque tout le temps ou tout le temps

Question 5 – Pendant vos rapports sexuels, à quel point vous a-t-il été difficile de rester en érection jusque l'orgasme ?
– Presque tout le temps ou tout le temps
– La plupart du temps (beaucoup plus qu'une fois sur deux)
– Quelquefois (environ une fois sur deux)
– Rarement (beaucoup moins qu'une fois sur deux)
– Presque jamais ou jamais

Question 6 – À quel point étiez-vous sûr de pouvoir avoir une érection et de la maintenir ?
– Pas sûr du tout
– Pas très sûr
– Moyennement sûr
– Sûr
– Très sûr

Résultats
– 30-26 : pas de DE
– 25-22 : DE légère
– 21-11 : DE modérée
– 10-6 : DE sévère

NOTES PERSONNELLES

Infection génitale à *Chlamydia trachomatis*

RAPPELS

Infection sexuellement transmissible (IST) due à *Chlamydia trachomatis*. Cette bactérie intracellulaire responsable du trachome (sérovars A, B, Ba et C dans les pays à faible niveau d'hygiène) est également à l'origine de l'IST la plus fréquente dans les pays industrialisés (sérovars D à K). Cette infection génitale prédominante chez les jeunes (1 à 5 % d'infectés) reste souvent latente et des pratiques de dépistage larges sont indispensables pour prévenir les complications observées surtout chez la femme.

Diagnostic

La majorité des sujets infectés ne présente aucun symptôme.

Lorsqu'ils surviennent, ils apparaissent 1 à 3 semaines après la contamination.

- **Chez l'homme,** urétrite subaiguë avec douleurs mictionnelles et écoulements (laiteux ou purulents), parfois gonflement et rougeurs au méat urinaire. Une prostatite et/ou une épididymite peuvent survenir avec un risque de stérilité ultérieure. Une rectite, une pharyngite ou une conjonctivite peuvent également survenir.
- **Chez la femme,** les symptômes sont non spécifiques : douleurs abdomino-pelviennes, rapports sexuels douloureux +/- saignements, brûlures mictionnelles, écoulements vaginaux, saignements intermenstruels. Des complications sont possibles : péri-hépatite à *Chlamydia*, salpingite chronique, infertilité tubaire, grossesse extra-utérine. Durant la grossesse, l'infection peut favoriser un avortement,

une prématurité, voire une hémorragie. Chez le nouveau-né, une infection oculaire, voire pulmonaire, peut survenir.
- Dans les deux sexes, une arthrite réactionnelle est possible.

Objectif thérapeutique
- Soulager le patient symptomatique.
- Prévenir les complications infectieuses et/ou obstétricales.
- Éviter et/ou traiter la contamination du/des partenaires.

DÉPISTAGE

- En France, la chlamydiose est une IST très répandue chez les jeunes femmes, mais 60 à 70 % d'entre elles ne présentent aucun symptôme. Aussi le dépistage est essentiel pour réduire la prévalence de l'infection et les complications.
- Les recommandations HAS de 2018 préconisent :

– *un dépistage systématique chez les femmes sexuellement actives de 15 à 25 ans, à l'occasion d'un bilan gynécologique ;*

– *un dépistage ciblé chez l'ensemble des sujets sexuellement actifs en présence de facteurs de risque : multi-partenaires, changement récent de partenaire, présence ou antécédents d'une autre IST (gonorrhée, syphilis, VIH, mycoplasme), après un viol ou une IVG ;*

– *les tests diagnostiques par PCR sont recommandés pour le dépistage de la co-infection* Chlamydia trachomatis-Neisseria gonorrhoeae, *chez l'homme sur prélèvement d'urines (ne pas uriner durant 3 heures auparavant), chez la femme sur écouvillonnage vaginal ;*

– *le dépistage doit être répété annuellement en cas de test négatif et de rapports sexuels non protégés avec un nouveau partenaire. En cas de test positif, le dépistage doit être répété à 3-6 mois et tous les 3 mois pour les homosexuels masculins.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• ***Rechercher des contre-indications et/ou précautions d'emploi aux antibiotiques.***

– **Azithromycine**

- *Contre-indications* : hypersensibilité aux macrolides ; association avec alcaloïdes de l'ergot de seigle, cisapride, colchicine ; insuffisance hépatique sévère ; grossesse au 1er trimestre.

- *Précautions d'emploi* : associations avec atorvastatine, simvastatine, ciclosporine, digoxine, AVK (risque hémorragique accru) ; situations pouvant induire un risque d'arythmie ventriculaire : allongement de l'intervalle QTc ; hypokaliémie et/ou hypomagnésémie ; bradycardie ; arythmie cardiaque ; insuffisance cardiaque ; traitements connus pour allonger l'intervalle QT (antiarythmiques de classe IA [quinidine, hydroquinidine, disopyramide], de classe III [amiodarone, sotalol], antipsychotiques, antidépresseurs tricycliques, certains antimicrobiens [saquinavir, sparfloxacine, érythromycine IV, pentamidine, antipaludiques en particulier halofantrine], certains antihistaminiques [mizolastine], cisapride).

– **Doxycycline**

- *Contre-indications* : grossesse, insuffisance hépatique. Associations contre-indiquées : rétinoïdes.

- *À utiliser avec précautions* : AVK, atovaquone, topiques gastro-intestinaux (prendre l'antibiotique 2 à 3 heures avant), inducteurs enzymatiques.

- *Ceftriaxone, contre-indication* : allergie connue au produit ou réaction sévère aux β-lactamines ; allergie à la lidocaïne contenue dans les formes IM.

• ***Rechercher d'autres IST associées chez le patient et son/ses partenaires identifiés :*** VIH, VHB, VHC, syphilis, gonococcie, trichomonose, *etc.*

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

Chez l'homme

- *Urétrite aiguë :* **azithromycine** monodose cp 250 mg, 4 cp en dose unique (1 000 mg), ou **doxycycline** cp 100 mg, 100 mg 2 fois/j pendant 10 jours.
- *Urétrite persistante :* **métronidazole** cp 250 mg, 4 cp en dose unique (2 000 mg), plus **érythromycine** cp ou sac 500 mg, 500 mg 4 fois/j pendant 10 jours.
- *Épididymite :* **ceftriaxone** 250 mg : une injection IM unique plus **doxycycline** cp 100 mg, 100 mg 2 fois/j pendant 10 jours.
- Infection rectale : **doxycycline** cp 100 mg, 100 mg 2 fois/j pendant 10 jours.

Chez la femme

Asymptomatique ou urétrite ou cervicite : **azithromycine** monodose cp 250 mg, 4 cp en dose unique (1 000 mg), ou **doxycycline** cp 100 mg, 100 mg 2 fois/j pendant 7 jours.

Mesures hygiénodiététiques et recommandations

- Abstinence sexuelle ou préservatifs jusqu'à la guérison et au moins une semaine.
- Terminer la durée de prescription même si les symptômes ont disparu.
- Traiter tous les partenaires sexuels des 60 jours précédents et naturellement le partenaire principal au même moment que le malade.
- Réserver les médicaments pour un usage exclusivement personnel même en cas de similitude de signes symptomatiques chez un autre malade.

••• *(suite)*

Situations particulières

• *Douleurs pelviennes chroniques*. Cette complication nécessite une prise en charge spécialisée en raison du risque de récidives et de la nécessité fréquente de reprendre des associations d'antibiotiques, par exemple : **ceftriaxone** 250 mg IM en une seule dose plus **doxycycline** cp 100 mg, 100 mg 2 fois/j pendant 14 jours, plus **métronidazole** cp 500 mg, 500 mg 2 fois/j pendant 14 jours.

• *Grossesse* : **azithromycine** monodose cp 250 mg, 4 cp en dose unique, ou **érythromycine**, 500 mg 4 fois/j pendant 7 jours.

SURVEILLANCE

• *Si les symptômes persistent après une semaine*, informer le malade de la nécessité de reconsulter rapidement afin de réévaluer la situation et la nécessité d'un nouveau traitement.
• *Chez la femme*, informer des risques d'infertilité, de fausses couches ou de grossesse extra-utérines.
• L'immunité conférée par l'infection est faible : informer le malade des réinfections possibles.

NOTES PERSONNELLES

Infection génitale à mycoplasmes

RAPPELS

Infection sexuellement transmissible (IST) due à *Mycoplasma genitalium* qui concerne 1 à 2% des adultes et jusqu'à 40% des personnes ayant déjà consulté pour une IST. Souvent latente, elle peut se compliquer d'épididymite chez l'homme et d'infertilité chez la femme alors qu'une résistance croissante aux antibiotiques est observée.

Diagnostic Doit être systématiquement évoqué avec prélèvements (urétraux et premiers jets d'urine chez l'homme ; cervicovaginaux chez la femme) à la recherche de *M. genitalium* et demande d'antibiogramme :

– chez l'homme, devant toute urétrite non gonococcique avec écoulements et sensations de brûlure au niveau du pénis, en urinant ou au repos. Cette infection peut se compliquer d'une épididymite (douleurs et œdème au niveau des testicules), d'une prostatite voire d'une arthrite réactionnelle ;

– chez la femme, devant tout syndrome inflammatoire pelvien douloureux (endométrite, salpingite). Des écoulements vaginaux peuvent être présents, parfois des saignements après les rapports sexuels ou entre les règles (cervicite). Cette infection peut être à l'origine d'infertilité, de fausses couches ou de naissances prématurées. Une arthrite réactionnelle peut également survenir.

Une co-infection par d'autres IST (chlamydia, VIH, syphilis, VHB, VHC, etc.) doit être systématiquement recherchée.

Objectif thérapeutique

- Soulager le patient.
- Prévenir les complications infectieuses et/ou obstétricales.
- Éviter et/ou traiter la contamination du/des partenaires.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Rechercher des précautions d'emploi aux antibiotiques :*

– azithromycine :

- contre-indications : hypersensibilité aux macrolides ; association avec alcaloïdes de l'ergot de seigle, cisapride ou colchicine ; insuffisance hépatique sévère ; grossesse au 1er trimestre,
- précautions d'emploi : associations avec atorvastatine, simvastatine, ciclosporine, digoxine ou AVK (risque hémorragique accru),
- situations pouvant induire un risque d'arythmie ventriculaire : allongement de l'intervalle QTc ; hypokaliémie et/ou hypomagnésémie ; bradycardie ; arythmie cardiaque ; insuffisance cardiaque sévère ; traitements connus pour allonger l'intervalle QT (antiarythmiques de classe IA (quinidine, hydroquinidine, disopyramide), de classe III (amiodarone, sotalol), antipsychotiques, antidépresseurs tricycliques, certains antimicrobiens (saquinavir, sparfloxacine, érythromycine IV, pentamidine, antipaludiques en particulier halofantrine), certains antihistaminiques (mizolastine), cisapride ;

– moxifloxacine :

- contre-indications : hypersensibilité aux quinolones, antécédents de tendinopathie associée à une quinolone, insuffisance hépatique sévère et/ou hépatopathie évolutive,
- situations pouvant induire un risque d'arythmie ventriculaire (cf. ci-avant) ; grossesse et allaitement, âge < 18 ans.

- *Rechercher d'autres IST associées chez le patient et son/ses partenaires identifiés :* VIH, VHB, VHC, syphilis, chlamydiose, etc.

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• *En première intention en l'absence de résistance connue aux macrolides*, le traitement doit être débuté immédiatement : **azithromycine** cp 250 mg ; 500 mg le 1er jour, puis 250 mg/j de J2 à J5.

• *En cas de résistance aux macrolides :* **moxifloxacine** cp 400 mg ; 400 mg/j pendant 7 à 10 jours.

Mesures hygiénodiététiques

Abstinence sexuelle ou préservatifs jusqu'à la guérison.

Situations particulières

• *En cas de formes persistantes* après les deux traitements ci-dessus, un traitement de 3e ligne peut être proposé :
– **doxycycline** cp 100 mg : 100 mg 2 fois/j pendant 14 jours ;
– ou **pristinamycine** cp 500 mg : 1 g 4 fois/j pendant 10 jours.

• *En cas d'infections compliquées* (métrites, salpingites, épididymites) : **moxifloxacine** cp 400 mg ; 400 mg/j pendant 14 jours.

SURVEILLANCE

• Si les symptômes persistent après une semaine, informer le malade de la nécessité de reconsulter rapidement afin de prescrire un nouveau traitement.

• Informer des risques d'infertilité chez la femme ainsi que de fausses couches.

I

Infection urinaire de l'adulte : généralités

RAPPELS

Pathologie fréquente dans laquelle il faut prendre en compte les facteurs de risque qui peuvent favoriser une complication
– une anomalie organique ou fonctionnelle urinaire : reflux, lithiase, tumeur, etc. ;
– une pathologie associée : insuffisance rénale sévère, immunodépression, etc. ;
– un terrain particulier : sexe masculin, grossesse, sujet âgé avec comorbidité, etc.

On distingue donc :
– *les infections urinaires (IU) simples*, c'est-à-dire sans facteur de risque : infections urinaires de la femme, quel que soit l'âge, mais sans facteur de risque ni comorbidité. Anatomiquement, cela concerne les cystites aigues simples et les pyélonéphrites aigues simples ;
– *les IU à risque de complication*, c'est-à-dire comportant un ou plusieurs facteurs de risque. Elles regroupent les cystites compliquées, les pyélonéphrites compliquées et chez l'homme les prostatites.

Ainsi, *les hommes ne peuvent pas avoir d'IU simple* puisque les prostatites sont considérées comme des IU compliquées et que toute cystite survenant chez un homme doit être considérée et traitée comme une prostatite aiguë.

Les espèces bactériennes n'interviennent pas dans cette classification : *Escherichia coli* reste le germe impliqué dans plus de 80 % des cas, suivi par *Staphylococcus saprophyticus* (10 %), *Proteus mirabilis* (5 %) et les autres entérobactéries (5 %).

Il faut souligner que *Escherichia coli présente une résistance* à l'amoxicilline (50 %), à l'amoxicilline-acide clavulanique (30 %) et au sulfaméthoxazole-triméthoprime (30 %), ce qui implique que ces 3 antibiotiques ne doivent pas être utilisés en probabiliste. La résistance aux fluoroquinolones est estimée à 10 %. Par contre, la résistance aux céphalosporines de 3e génération injectables est inférieure à 2 %.

Parmi les examens recommandés

– **une bandelette urinaire est absolument nécessaire** dans toutes les suspicions : négative, c'est-à-dire en l'absence de leucocytes et de nitrites, elle permet d'exclure le diagnostic de cystite avec une probabilité supérieure à 95 % ;

– **l'examen cytobactériologique des urines (ECBU)** doit être systématiquement réalisé en cas de cystite à risque de complication, de cystite récidivante, de pyélonéphrite et de prostatite. La quantification des germes et l'antibiogramme sont fondamentaux ;

– une échographie rénale et vésicale est recommandée dans les 24 à 48 h d'un épisode aigu de pyélonéphrite ou de prostatite afin de rechercher par voie sus-pubienne la présence d'un obstacle.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• Le traitement des IU simples est probabiliste. Il repose sur :
– **les dérivés de l'acide fosfonique : fosfomycine-trométamol,** 1 sachet de 3 g ;
– **les fluoroquinolones : ciprofloxacine,** 500 mg 2 fois/j pendant 7 jours dans les pyélonéphrites simples ;
– **ainsi que les céphalosporines de 3e génération (C3G)** dans les pyélonéphrites.

• Le traitement des IU à risque de complication est probabiliste à la phase aiguë mais après réalisation d'un ECBU et adaptation secondaire éventuelle. Il repose sur les **céphalosporines de 3e génération (C3G) ou les fluoroquinolones** (voir les fiches thérapeutiques correspondant à chaque type d'infection).

• Des adaptations sont possibles au 3e ou 4e jour à la réception de l'antibiogramme.

Situations particulières

Dans les formes sévères de pyélonéphrites aiguës ou de prostatites, l'**ajout d'un aminoside** (gentamicine ou nétilmicine ou tobramycine) est recommandé pendant 1 à 3 jours à la phase initiale du traitement (en association le plus souvent avec une C3G) :
– **gentamicine voie injectable** (IV ou IM) : 3 mg/kg 1 fois/j ;
– **nétilmicine voie injectable** (IV ou IM) : 6 mg/kg 1 fois/j ;
– **tobramycine voie injectable** (IV ou IM) : 3 mg/kg 1 fois/j.



Insomnie

RAPPELS

Affecte 10-15 % de la population générale avec une fréquence qui augmente avec l'âge.

Diagnostic Devant (au moins 3 fois par semaine et durant plus d'un mois) une augmentation de la latence de l'endormissement (> 30 min) et/ou une durée totale de sommeil < 6 h. Distinguer l'insomnie occasionnelle et transitoire (30-40 %) de l'insomnie chronique.

Objectif thérapeutique Rétablir un sommeil de bonne qualité ; lutter contre l'inversion du cycle nycthéméral et l'asthénie ; prendre en charge les éventuelles comorbidités ; rétablir une bonne qualité de vie ; éviter la surconsommation médicamenteuse.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Si insomnie transitoire :* recherche de modifications environnementales, d'une prise médicamenteuse, d'un état de stress transitoire, d'un séjour en altitude, d'un décalage horaire.
- *Si insomnie chronique :* recherche d'une cause médicale générale (affection neurologique, cardiopathie, pneumopathie, endocrinopathie, douleur, hyperthermie), d'une cause psychiatrique (syndrome anxiodépressif, accès maniaque, trouble psychotique aigu, schizophrénie).

• *Recherche d'associations à prendre en compte* : consommation de substances psychostimulantes, d'alcool. Intoxication ou sevrage en sérotoninergiques, en IMAO, en imipraminiques, en benzodiazépines, en corticoïdes, en antiparkinsoniens.

• *Recherche de contre-indications à un somnifère* : insuffisance respiratoire chronique et sévère, apnées du sommeil, myasthénie, grossesse.

• Attention au traitement chez la personne âgée : risque de confusion et de chute.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

Sur ordonnance sécurisée, prescription en toutes lettres, interdiction de chevauchement d'ordonnances :
– **zolpidem 10 mg :** 1 cp le soir au moment du coucher,
ou
– **zopiclone 7,5 mg :** 1 cp le soir au moment du coucher.
Traitement prescrit pour 4 semaines. Ne pas prolonger l'administration (risque élevé de dépendance et de troubles mnésiques).
Information du patient sur l'état de vigilance potentiellement altéré.

Règles hygiénodiététiques (au long cours)

- Ne pas faire de sieste en journée.
- Éviter les activités stimulantes en fin d'après midi et le soir.
- Éviter la consommation d'alcool et de tabac.
- Favoriser un environnement calme, se coucher au moment de la somnolence vespérale, se réveiller à heures fixes.
- Pratiquer une activité sportive en matinée.

Situations particulières

- *En cas de grossesse :* **doxylamine 15 mg**, 1 cp le soir au moment du coucher.
- *En cas de décalage horaire > 5 heures :* **mélatonine 2 mg**, 1 cp le soir 30 minutes avant le coucher durant une semaine.
- *En cas d'insomnie résistante sans étiologie retrouvée :* réalisation d'un agenda du sommeil ; réalisation d'une actimétrie (enregistrement des activités) et/ou d'une polysomnographie.

SURVEILLANCE

• *De l'efficacité du traitement* : récupération d'un sommeil de bonne qualité.

• *De la tolérance du traitement* : recherche des effets secondaires sur la qualité du sommeil (sommeil fractionné, cauchemars, somnambulisme, hallucinations hypnagogiques et/ou confusion), amnésie antérograde, troubles psychiques (agitation et anxiété paradoxales), baisse de la vigilance, asthénie, éruption cutanée, douleurs musculaires.

• *Du caractère transitoire de la prescription* (dépendance possible).

MESURES COMPLÉMENTAIRES

• Luminothérapie : exposition à une lumière d'intensité et de spectre lumineux spécifique proche de la lumière solaire.

• Thérapie cognitivo-comportementale : identifier les stimuli qui déclenchent le sommeil.

NOTES PERSONNELLES

I

Insuffisance cardiaque chronique

RAPPELS

Syndrome caractérisé par l'installation d'une dyspnée progressive et d'une fatigue associées à une anomalie cardiaque structurelle ou fonctionnelle. Les apports en oxygène aux tissus périphériques deviennent insuffisants à l'effort puis au repos malgré une élévation des pressions de remplissage. L'anomalie cardiaque se caractérise soit par une altération de la fraction d'éjection du ventricule gauche (IC systolique), soit par des troubles prédominants du remplissage du ventricule gauche (IC à FEVG préservée), soit par des anomalies prédominantes au niveau du ventricule droit. D'autres étiologies sont possibles comme les valvulopathies, la constriction péricardique, les cardiomyopathies hypertrophiques ou l'hypertension artérielle pulmonaire.

Diagnostic Devant un tableau ± complet associant dyspnée, fatigue, signes de rétention hydrosodée (galop, crépitants et/ou sibillants, œdèmes des membres inférieurs, turgescence jugulaire, etc.). L'échocardiographie est l'examen de première intention permettant d'identifier la dysfonction myocardique.

Objectif thérapeutique Amélioration de la survie, des symptômes, de la fraction d'éjection, contrôle de la rétention hydrosodée.

➠ *L'association bêtabloquant/inhibiteur du système rénine-angiotensine-aldostérone est la base incontournable du traitement de l'IC systolique. Les posologies doivent être augmentées progressivement en fonction de la tolérance clinique et rénale. Les diurétiques de l'anse*

doivent être utilisés à la plus petite dose possible, voire interrompus en l'absence de signes congestifs. L'association valsartan-sacubitril est indiqué en cas de symptômes persistants malgré un traitement bien conduit (administré au moins 36 heures après l'arrêt de l'IEC). Le traitement de l'IC à FEVG préservée reste basé sur celui de la rétention hydrosodée et des comorbidités (HTA, diabète, SAS, anémie, etc.). L'implantation d'un défibrillateur automatique implantable et/ou d'une resynchronisation ou d'une assistance/greffe est discutée en milieu spécialisé en fonction de l'âge et de la cardiopathie.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Recherche de contre-indications aux bêtabloquants* : l'asthme « vrai » ; les bêtabloquants peuvent être introduits en cas de BPCO. Bradycardie < 50 /min ou blocs auriculoventriculaires du 2e ou 3e degré non appareillés.

• *Recherche de contre-indications aux IEC et ARA2* : l'insuffisance rénale n'est pas une contre-indication, ils doivent être introduits progressivement avec surveillance de la créatinine et de la kaliémie, ATCD d'angiœdèmes (IEC), insuffisance hépatique sévère, grossesse et allaitement.

• *Recherche de terrains à risque* qu'il faut traiter ou contrôler : hypertension artérielle, diabète, artériopathie (coronaire, membres inférieurs, artères digestives, rénales, etc.), insuffisance rénale.

• *Recherche d'associations déconseillées* : aspirine > 1 g/24 h, AINS (accroissement du risque rénal), IEC-ARA II, inhibiteurs calciques non dihydropyridine (diltiazem, vérapamil : inotropes négatifs), alphabloquants, antiarythmiques à l'exception de l'amiodarone, lithium, estramustine.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• **Ramipril :** 1,25 mg matin et soir, posologie à augmenter progressivement jusqu'à 5 mg matin et soir (une augmentation de 30 % de la créatinine est tolérée).

• **Bisoprolol :** 1,25 mg/j à introduire après stabilisation (disparition des signes congestifs, absence de signe d'hypoperfusion tissulaire) et à augmenter progressivement jusqu'à 10 mg/j si la tolérance est correcte.

• **Spironolactone :** 25 à 50 mg/j le matin (surveiller la kaliémie en association aux IEC).

• **Furosémide :** 20 mg matin et midi (posologie minimale efficace à adapter aux signes de rétention hydrosodée).

Règles hygiénodiététiques

• Régime hyposodé standard (2 000 à 3 000 mg de sodium/j).

• Arrêt du tabac et de la consommation d'alcool.

• Activité physique régulière pour lutter contre le déconditionnement et la fonte musculaire.

• Vaccination antigrippale annuelle et antipneumococcique tous les 5 ans.

Situations particulières

• *En cas de décompensation aiguë*, associé à l'**oxygénothérapie** (masque à haute concentration ou par masque de Boussignac ou ventilation non-invasive), le traitement doit être débuté en urgence par voie injectable
– **furosémide :** 80 mg toutes les 8 heures ou 250 à 1 000 mg/24 h en seringue autopulsée (posologie à adapter à la réponse diurétique) ;

Situations particulières (suite)

– **chlorure de potassium LP :** 600 mg par 500 mL de diurèse ;
– **dinitrate d'isosorbide :** 2 mg IV toutes les 5 minutes puis 1 à 10 mg/h, posologie à adapter à la tension artérielle (si PAS > 90 mmHg) ;
– **dobutamine :** 2-20 gamma/kg/min si PAS < 90 mmHg et/ou signes d'hypoperfusion tissulaire (oligurie, confusion, douleurs abdominales, temps de recoloration cutanée allongé) ;
– *le traitement bêtabloquant est maintenu sauf en cas de signes d'hypoperfusion tissulaire* ;
– *traitement de la cause* : infarctus myocardique, arythmie, pneumopathie, urgence hypertensive, etc.

• *En cas de coronaropathie* : adjonction d'aspirine et revascularisation discutée en fonction de la viabilité myocardique et des tests d'ischémie.

• *En cas de fibrillation atriale* : anticoagulation orale, contrôle de la fréquence (optimisation du traitement bêtabloquant ± digoxine) ou du rythme cardiaque (cardioversion par amiodarone, électrique ou ablation).

• *En cas de diabète* : surveillance plus étroite de l'équilibre glycémique et renforcement du traitement oral (la metformine est habituellement maintenue en cas d'IC stable) ou passage à l'insuline si nécessaire.

• *En cas de carence martiale avec ou sans anémie* : perfusion d'**hydroxyde ferrique**, 300 mg dans 300 mL de NaCl à 0,9 % à passer en 3 heures.

SURVEILLANCE

• *De l'efficacité du traitement* : signes congestifs, poids/24 h, BNP (ou NTproBNP).

• *Des effets indésirables* : hypotension artérielle symptomatique, bradycardie excessive, hyperkaliémie, insuffisance rénale aiguë, surdosage en digoxine, dysthyroïdie sous amiodarone (TSH).



Insuffisance respiratoire chronique

RAPPELS

Incapacité du poumon à maintenir une oxygénation normale du sang artériel.

Diagnostic Chez un patient dyspnéique, asthénique et ± cyanique, par la mesure de la PaO_2 sur une gazométrie artérielle : l'insuffisance respiratoire chronique (IRC) est définie par une pression partielle en oxygène (PaO_2) < 9,3 kPa (70 mmHg). Elle est qualifiée de grave quand $PaO_2 \leqslant 7{,}3$ kPa (55 mmHg) ou < 8 kPa (60 mmHg) avec des signes d'insuffisance ventriculaire droite, une polyglobulie, hypertension artérielle pulmonaire ou désaturation nocturne. Le diagnostic étiologique nécessite une exploration fonctionnelle respiratoire pour distinguer les formes obstructives et restrictives.

Objectif thérapeutique Améliorer la survie et la qualité de vie des patients.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

Si poursuite tabagisme : contre-indication à la prescription d'oxygène liquide du fait du risque d'explosion.

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• **Traitement étiologique** de l'insuffisance respiratoire chronique si possible

• **Oxygénothérapie de longue durée (OLD) :**

– toute prescription d'oxygénothérapie (oxygénothérapie de long terme) au-delà de 3 mois doit être faite par un spécialiste. L'oxygénothérapie à court terme (< 3 mois) avec ou sans hypoxémie (situations de fin de vie) peut être prescrite par tout médecin ;

– validée par deux mesures des gaz du sang artériel en air ambiant à au moins trois semaines d'intervalle ayant montré une PaO_2 diurne ⩽ 7,3 kPa (55 mmHg), à distance d'un épisode aigu, et sous réserve d'un traitement optimal (arrêt du tabagisme, traitement bronchodilatateur et kinésithérapie) ;

– recommandée :
  - pour une hypoxémie avec PaO_2 < 7,3 kPa (55 mmHg) chez les patients BPCO,
  - pour une hypoxémie avec PaO_2 < 7,8 kPa (60 mmHg) chez les patients insuffisants respiratoires à l'exclusion des BPCO ;

– recommandée chez les patients présentant une hypoxémie avec PaO_2 < 7,3 kPa (55 mmHg) ;

– recommandée chez les patients avec une PaO_2 entre 7,4 et 7,8 kPa (56 à 59 mmHg) uniquement en présence d'un ou plusieurs des éléments suivants : hypertension artérielle pulmonaire (PAP moyenne ⩾ 20 mmHg), désaturations nocturnes non apnéiques significatives, polyglobulie (hématocrite > 55 %), signes cliniques de cœur pulmonaire chronique ;

– les bénéfices de l'OLD sur la survie sont proportionnels à la durée quotidienne d'administration et n'ont été démontrés que pour des durées d'utilisation > 15 h par jour ;

– le débit d'oxygène doit être ajusté en fonction des résultats des gaz du sang et si possible d'une oxymétrie nocturne. Le but de l'OLD est d'obtenir une PaO_2 ⩾ 8 kPa (60 mmHg) au repos et/ou une SaO_2 d'au moins 90 % ;

Ordonnance (suite)

– modalités :
  - concentrateur (poste fixe, appareil électrique) : assure un débit jusqu'à 9 L/min (concentrateur-spécifique) ; indiqué pour oxygénothérapie nocturne et/ou patient peu ou pas valide avec déambulation < 1 h/j,
  - oxygène liquide :
    • pour les patients nécessitant un débit > 9 L/min au repos,
    • pour désaturation à l'effort si le débit > 3 L/min ou si les besoins ne sont pas couverts par les sources alternatives,
  - concentrateur mobile portable ou transportable : permet une oxygénothérapie de repos et de déambulation pour toutes situations intermédiaires ;
– ordonnance :
  - nature de l'oxygène : concentrateur ou oxygène liquide,
  - débit au repos,
  - durée d'administration,
  - si déambulation :
    • la nature de la source mobile : oxygène liquide, concentrateur mobile, bouteille oxygène gazeux, compresseur pour le remplissage oxygène,
    • mode d'administration : pulsé ou continu,
    • le débit (titration avec la source mobile).

• **Ventilation non invasive (VNI) :** intérêt en fonction de l'étiologie de l'IRC. Une VNI au domicile peut être proposée en cas de signes cliniques d'hypoventilation alvéolaire nocturne, $PaCO_2$ > 7,3 kPa (55 mmHg) et notion d'instabilité clinique traduite par une fréquence élevée des hospitalisations pour décompensation.

Règles hygiénodiététiques

- **Arrêt du tabagisme éventuel.**
- Activité physique régulière.
- Vaccinations antigrippale annuelle et antipneumococcique.

SURVEILLANCE

- *Bonne compréhension du traitement*, de la capacité à utiliser l'appareillage et de son observance (compteur horaire).
- *De l'efficacité du traitement par la mesure des gaz du sang artériel* en air ambiant et sous oxygène. La valeur d'une oxymétrie (saturation en oxygène) prise isolément est insuffisante dans cet objectif.
- *Chez les patients traités par OLD*, lorsque l'état clinique est stable, une surveillance au moins semestrielle est souhaitable. Lorsque l'état clinique se détériore et/ou lorsqu'une diminution de la saturation en O_2 est constatée entre deux contrôles, une surveillance plus rapprochée est justifiée.

NOTES PERSONNELLES



Insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs

RAPPELS

Pathologie résultant d'un dysfonctionnement du système veineux profond et/ou superficiel, responsable d'une stase sanguine dans les membres inférieurs. Primitive dans 90 % des cas ou secondaire (maladie post-thrombotique, dysplasies veineuses, syndromes compressifs), sa prévalence est estimée entre 5 et 15 % dans les pays industrialisés.

Diagnostic Clinique devant des symptômes (jambes lourdes, crampes, démangeaisons) qui se majorent durant la station debout ou assise prolongée, la période prémenstruelle, au cours de la journée ou lors d'une exposition à la chaleur. Au contraire, ils sont améliorés par l'exercice, la contention veineuse, le froid, la surélévation des membres inférieurs. Des manifestations moins typiques sont possibles : claudication intermittente qui ne cède pas rapidement à l'arrêt de la marche, impatiences nocturnes ou sensations de brûlures des pieds calmées par le froid. Différents signes peuvent être observés : un œdème, des varicosités/varices/télangiectasies, une dermite purpurique ou atrophique, un eczéma variqueux, une papillomatose cutanée. Dans les cas sévères, apparition d'ulcères en général indolores, périmalléolaires, non creusants. L'échographie-Doppler permet de rechercher une incontinence saphène et d'effectuer cartographie veineuse.

Objectif thérapeutique Soulagement des symptômes et prévention des troubles trophiques.

➠ *Aucun des traitements médicamenteux dits « veinotoniques ou vasculoprotecteurs » n'a démontré une efficacité clinique et il faut souligner l'importance des règles hygiénodiététiques. Une sclérothérapie échoguidée ou une chirurgie de varices peuvent être proposées en cas d'incontinence saphène documentée et/ou de varices importantes.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Recherche de contre-indications à la contention veineuse* : artériopathie oblitérante des membres inférieurs sévère (IPS < 0,6), microangiopathie diabétique.

• *Recherche de contre-indications aux veinotoniques* : hypersensibilité à une molécule (diarrhée ou intolérance), association aux IMAO (heptaminol), grossesse et allaitement.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

La contention veineuse élastique doit être adaptée au degré de la maladie et à sa localisation.

- En cas de fatigabilité, lourdeur de jambes ou d'activité professionnelle en station debout : **chaussettes, bas ou collants sur mesure de contention veineuse des membres inférieurs de classe 1**. Prescription pour 2 paires.
- En cas de varices ou de dermite : **contention de classe 2**.
- En cas d'ulcères ou de syndrome post-thrombotique : **contention de classe 3**.
- **Diosmine 500 mg :** 2 cp/j en cas de gêne fonctionnelle, en cures de 3 semaines.

Règles hygiénodiététiques

- Réduction pondérale si surpoids.
- Activité physique régulière, en particulier de marche. Éviter la station debout prolongée. Éviter les chaussures à talons hauts.
- Éviter le chauffage par le sol et l'exposition solaire prolongée.
- Lutter contre la constipation (alimentation riche en fibres).
- Surélever les pieds du lit de 10 à 15 cm.

Situations particulières

La crénothérapie peut apporter une amélioration des signes fonctionnels et des troubles trophiques et favoriser l'acquisition d'une meilleure hygiène de vie.

SURVEILLANCE

- *Régulière de la contention :* adaptation correcte à l'anatomie du patient, risque de garrot, état cutané.
- Traitement soigneux des plaies et des intertrigos pour prévenir la survenue d'un érysipèle.

NOTES PERSONNELLES

L

Lichen plan

RAPPELS

Dermatose inflammatoire auto-immune affectant le revêtement cutané et la muqueuse buccale.

Diagnostic Devant des lésions cutanées papuleuses violines quadrangulaires, de petite taille. L'atteinte muqueuse se caractérise par la présence d'un réseau blanchâtre pouvant s'associer à des lésions inflammatoires érythémateuses et érosives. Une biopsie pour examen histologique standard est recommandée.

Objectif thérapeutique L'atteinte cutanée est prurigineuse et évolue spontanément vers la guérison en un an. Dans cette forme, l'objectif est de raccourcir la durée d'évolution et de soulager le prurit. Les autres atteintes sont chroniques. L'atteinte buccale asymptomatique ne nécessite aucun traitement. Les formes érosives sévères de la muqueuse buccale sont douloureuses et gênent l'alimentation. Les formes érosives sévères de la muqueuse génitale ainsi que des ongles et du cuir chevelu peuvent évoluer vers des lésions cicatricielles (ex : sténose vaginale, alopécie, perte définitive des ongles). Dans ces formes, l'objectif est d'obtenir une rémission, de prévenir l'évolution cicatricielle et de prévenir les récidives.

➠ *La corticothérapie par voie locale ou générale constitue le traitement de base mais l'acitrétine (agent tératogène) ou la photothérapie peuvent également être utilisées.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• **Pour la corticothérapie générale :**
– *recherche de contre-indications :* ATCD de troubles psychiques sévères sous corticoïdes, viroses en évolution, états infectieux non contrôlés ;
– *recherche de terrains à risque* qu'il faudra traiter ou contrôler : diabète, ATCD d'ulcère digestif, ostéoporose, tuberculose ;
– *recherche d'associations déconseillées* : aspirine > 1 g/24 h (risque hémorragique) ; vaccins vivants ;
– *recherche d'associations à prendre en compte :* autres médicaments hypokaliémiants, anticoagulants oraux, inducteurs enzymatiques, digitaliques.

• **Pour la prescription d'acitrétine chez une femme en âge de procréer**, il faut *informer la patiente du risque tératogène* associé à la prise d'acitrétine pendant le traitement et deux ans après l'arrêt du traitement. Il faut suivre les règles de prescription de l'ANSM (contraception, dosage des β-HCG, carnet patiente, etc.). Chez tous les patients, *recherche de contre-indications* : insuffisance hépatique ou rénale, hyperlipidémies. *Un bilan hépatique* et *lipidique* doit être réalisé avant le traitement, puis tous les 15 jours pendant 2 mois, puis tous les 3 mois pendant le traitement.

• **Pour la prescription d'une photothérapie** [UVB ou PUVA-thérapie (prise de comprimés de psoralène avant les séances de photothérapie], rechercher la prise de médicaments photosensibilisants (tétracyclines, sulfamides, quinolones, amiodarone, phénothiazines), de facteurs de risque de cancer cutané et une cataracte. **Avant la prescription de 8-méthoxy-psoralène** pour une PUVA-thérapie, *rechercher une insuffisance rénale ou hépatique*. Ce traitement pour les patients ayant un phototype foncé augmente les risques de pigmentation résiduelle propre au lichen plan.

PRESCRIPTIONS

Ordonnance en cas de lichen plan cutané

• *Lésions peu étendues :* **propionate de clobétasol à 0,05 % crème**, 1 application sur les lésions le soir jusqu'à disparition des lésions puis décroissance progressive (1 jour/2 pendant 15 jours puis 1 jour/3 pendant 15 jours).
Ce traitement ne doit pas être appliqué sur le visage.

• *En cas d'échec de la corticothérapie locale ou lésions étendues,* trois options thérapeutiques sont possibles. Le choix dépend de la présence ou non d'une atteinte muqueuse associée, d'éventuelles contre-indications, de la disponibilité d'une photothérapie, du terrain (femme en âge de procréer) :
– **prednisolone :** 0,5 mg/kg par jour pendant 8 semaines puis décroissance sur 2 mois ;
– **calcium + vitamine D3 :** un sachet par jour ;
ou
– **acitrétine 10 mg :** 30 mg/j en une prise pendant 8 semaines (prescription autorisée pour une durée maximale d'1 mois et sous réserve de β-HCG négatifs datant de 3 jours au plus et d'une contraception efficace depuis plus d'un mois) ;
ou
– **photothérapie :** 12 séances, à raison de 2 à 3 séances par semaine (demande d'entente préalable de la SS nécessaire) ;
– **8 méthoxy-psoralène 10 mg**, prendre 2 heures avant chaque séance :
- 31 à 50 kg : 2 cp,
- 51 à 65 kg : 3 cp,
- 66 à 80 kg : 4 cp,
- 81 à 90 kg : 5 cp,
- > 90 kg : 6 cp.

Ordonnance en cas de lichen plan érosif de la muqueuse buccale

• **Propionate de clobétasol à 0,05 % crème :** appliquer au doigt sur les lésions érosives 3 fois/j. Ne pas manger ou boire pendant 1 heure après l'application. Traitement pour une durée de 6 semaines puis réévaluation.

• *En cas de réponse insuffisante à la corticothérapie locale ou d'une forme sévère*
– **prednisolone :** 1 mg/kg jusqu'à rémission puis décroissance progressive de 15 à 20 % de la dose par mois ;
– **calcium + vitamine D3 :** un sachet par jour.

Mesures hygiénodiététiques

• *Pour la corticothérapie générale :* régime normosodé (6 g/j), normocalorique, pauvre en sucres d'absorption rapide et en lipides, exercice physique régulier en prévention de l'atrophie musculaire. Prévention de l'ostéoporose par biphosphonates en fonction des données de l'ostéodensitométrie (*cf.* fiche « Ostéoporose »).

• *Pour l'acitrétine :* application 1 à 2 fois/j d'une crème émolliente sur le corps et le visage et d'un baume émollient sur les lèvres pour améliorer la xérose cutanée et muqueuse induite par le traitement. Éviter la consommation d'alcool durant le traitement.

• *Pour la PUVA-thérapie :* une protection des yeux par des lunettes de soleil est nécessaire pendant 6 h après la prise des comprimés.

• *Lichen oral :* bonne hygiène buccodentaire, éviter les aliments et les boissons épicés ou acides.

SURVEILLANCE

- Des effets indésirables engendrés par la corticothérapie : HTA, surpoids, œdèmes, hypokaliémie (contrôle à J14, à renouveler si anomalie ou prescription de potassium), diabète, amyotrophie, ostéoporose, cataracte, excitation, insomnie, infections, acné, glaucome, purpura, ulcère digestif.
- Pour l'acitrétine : vérification de la poursuite d'une contraception, dosage des β-HCG, recherche d'une cytolyse hépatique, d'une cholestase, d'une augmentation des triglycérides et du cholestérol.
- Pour la PUVA-thérapie : le patient sera examiné avant chaque séance pour rechercher des signes d'érythème solaire.
- Dans le lichen buccal érosif chronique, il existe un risque accru de carcinome épidermoïde. La surveillance des patients doit être prolongée et une biopsie réalisée au moindre doute.
- Pour la corticothérapie locale appliquée sur la muqueuse buccale : rechercher des signes de candidose buccale.

NOTES PERSONNELLES

L

Lichen scléreux génital

RAPPELS

La région génitale est le site de prédilection du lichen scléreux, dermatose inflammatoire auto-immune affectant le plus souvent la femme ménopausée et l'homme d'âge moyen non circoncis. L'évolution chronique peut aboutir à des synéchies et exceptionnellement se compliquer d'un carcinome épidermoïde.

Diagnostic Clinique devant des lésions blanches atrophiques ou scléreuses, plus ou moins étendues, souvent prurigineuses (chez la femme), affectant le gland et le prépuce chez l'homme, la face interne des grandes lèvres, les petites lèvres et le clitoris chez la femme. La présence d'ecchymoses au sein des plaques blanches est très évocatrice. Ces anomalies de couleur et de texture s'associent à des remaniements anatomiques (phimosis, sténose du méat urétral chez l'homme, effacement des petites lèvres et encapuchonnement du clitoris chez la femme). Une biopsie est recommandée en cas de doute diagnostique.

Objectif thérapeutique Faire disparaître la gêne fonctionnelle et les lésions blanches. Par contre, l'efficacité du traitement corticoïde sur les remaniements anatomiques et la réduction du risque de carcinome n'est pas démontrée.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

S'assurer de l'absence de néoplasie intraépithéliale ou de carcinome épidermoïde : zone blanche épaisse, ulcération fixe, élevure à surface érosive ou verruqueuse. Une biopsie est alors nécessaire et l'avis d'un spécialiste souhaitable.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance de traitement d'attaque

Propionate de clobétasol à 0,05 % crème : 1 application/j pendant 3 mois (1 à 2 tubes de 10 g/mois).

Ordonnance de traitement d'entretien

Propionate de clobétasol à 0,05 % crème : 1 à 2 applications/semaine.
NB : la durée du traitement d'entretien sera adaptée à l'évolutivité chez chaque patient. Le traitement d'attaque doit être repris en cas de récidive.

Situations particulières

- *La persistance ou l'apparition de symptômes ou de lésions sous traitement* peut relever d'une compliance défectueuse, d'une complication infectieuse (candidose, herpès), d'une vulvodynie associée ou d'un processus néoplasique (carcinome épidermoïde ou précurseur).
- *Chez l'homme, un phimosis résistant aux dermocorticoïdes* est l'indication d'une posthectomie.
- *Chez la femme, une synéchie postérieure des petites lèvres*, source de dyspareunie, est également l'indication d'un traitement chirurgical.

L

Lombalgie aiguë

RAPPELS

Douleurs rachidiennes lombaires évoluant depuis moins de 7 jours, liées à une pathologie discale, articulaire postérieure, ligamentaire ou musculaire. La lombalgie aiguë, dans sa forme commune, est une pathologie extrêmement fréquente qui évolue favorablement en quelques jours à quelques semaines dans 90 % des cas.

Diagnostic Exclusivement clinique devant un syndrome rachidien qui associe des rachialgies, une raideur segmentaire et une douleur à la percussion des épineuses. Il faut éliminer une pathologie sous-jacente en recherchant les signes d'alarme : âge de début avant 20 ans ou après 55 ans, caractère inflammatoire et rebelle de la douleur, antécédents néoplasiques, altération de l'état général, fièvre, complication neurologique ou absence de syndrome rachidien. Il faut dépister les risques de passage à la chronicité : problèmes psychologiques, croyances inappropriées vis-à-vis des lombalgies, problèmes professionnels, sociaux ou familiaux, répétition des épisodes aigus. En dehors de ces situations, les examens complémentaires (biologie et imagerie) ne sont réalisés qu'en cas de doute sur le diagnostic ou en présence d'une chronicisation après 6 semaines d'évolution.

Objectif thérapeutique Soulager la douleur et restituer au plus vite la fonction rachidienne. Le repos n'est pas indiqué car il retarde l'évolution favorable d'une lombalgie aiguë.

➠ *La lutte contre la douleur passe par la prescription de paracétamol et/ou d'un anti-inflammatoire non stéroïdien et, en cas d'échec, d'un antalgique opioïde faible associé ou non au paracétamol.*

➠ *La prévention de la chronicisation et des récidives est basée sur la kinésithérapie, l'autorééducation, la lutte contre la kinésiophobie (appréhension du mouvement) et contre les facteurs de risque (excès pondéral, hygiène de vie et adaptation ergonomique professionnelle si nécessaire).*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Recherche des facteurs de risques* de lombalgie symptomatique ou de chronicisation (*cf.* ci-dessus).
- *Recherche de contre-indications aux AINS*, notamment ulcère digestif évolutif, insuffisance hépatique ou rénale sévère, grossesse.
- *Recherche des associations contre-indiquées ou déconseillées avec les AINS :* anticoagulants, lithium, méthotrexate à forte dose, ticlopidine, aspirine à forte dose.
- *Recherche d'un terrain à risque :* antécédent d'ulcère digestif, de pathologie cardiovasculaire thrombotique, insuffisance rénale, insuffisance cardiaque.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

1re ordonnance

Chez un sujet jeune, sans antécédent médicochirurgical, ayant une douleur très intense n'ayant pas répondu à la prise de paracétamol en automédication

– **paracétamol 325 mg + tramadol 37,5 mg :** 2 cp toutes les 8 heures, soit 6 cp/24 h pendant 5 jours ;

– **naproxène 550 mg :** 1 cp matin et soir au milieu du repas pendant 5 jours.

2e ordonnance

Chez un sujet âgé de 65 ans, ayant une douleur modérée, hypertendu, ayant une clairance de la créatinine à 50 mL/min : **paracétamol 300 mg + poudre d'opium 10 mg°**, 1 gél. toutes les 6 heures pendant 5 jours (° équivaut à 1 mg de morphine).

Ordonnance de kinésithérapie

La kinésithérapie n'est habituellement pas recommandée dans la phase aiguë de la lombalgie. En cas de répétition des épisodes aigus douloureux ou en cas de facteurs de risque de chronicisation, la prise en charge kinésithérapique est essentielle. Elle a pour objectifs les étirements musculaires, les renforcements musculaires paravertébraux, abdominaux et des membres inférieurs, du travail d'éducation posturale et de proprioception, un reconditionnement physique progressif (travail d'endurance aérobic), un enseignement ergonomique. La kinésithérapie a surtout pour but l'éducation du patient pour le convaincre de faire très régulièrement, au moins 2 à 3 fois/semaine, des séances d'autorééducation.

Ordonnance de kinésithérapie (suite)

Faire pratiquer par un masseur-kinésithérapeute 15 séances de kinésithérapie pour lombalgies aiguës à répétition
– travail d'étirement des muscles des membres inférieurs et des muscles paravertébraux ;
– renforcement isométrique des muscles paravertébraux, abdominaux et des membres inférieurs, travail postural de l'ensemble du rachis ;
– travail de bascule du bassin et apprentissage du placement du bassin et du dos dans les efforts de la vie courante et professionnelle ;
– apprentissage des exercices d'autorééducation.

Règles hygiénodiététiques

• En cas de surcharge pondérale, il est indispensable de faire adhérer le patient à un **programme de perte de poids** progressive grâce à un régime alimentaire équilibré.

• Rassurer le patient sur la cause des lombalgies, ne pas surmédicaliser, et convaincre le patient de la nécessité d'une **activité physique régulière** dans le but d'un reconditionnement progressif à l'effort.

Situations particulières

En cas de douleurs lombaires aiguës très intenses et ne répondant pas aux traitements proposés ci-dessus, le recours aux opioïdes forts peut être nécessaire sur une période courte de 3 à 5 jours. Sur ordonnance sécurisée avec identification du médecin
– **sulfate de morphine à libération prolongée :** trente milligrammes matin et soir pendant trois jours puis dix milligrammes matin et soir pendant deux jours puis arrêter (la prescription doit être faite en toutes lettres) ;
– **paracétamol 1 g :** 1 cp toutes les 6 heures soit 4 g/j pendant 7 jours (ne pas dépasser cette posologie maximale).

SURVEILLANCE

- *De l'efficacité du traitement :* réévaluation répétée et adaptée de la douleur et examen clinique du rachis lombaire.
- *Recherche d'une complication neurologique ou de l'aggravation de la symptomatologie* faisant craindre une lombalgie symptomatique ou le passage à la chronicité.
- *Recherche des effets indésirables des antalgiques utilisés*, notamment des AINS : troubles digestifs, hypertension, insuffisance rénale, *etc.*

NOTES PERSONNELLES

L

Lombosciatique d'origine discale

RAPPELS

Douleurs rachidiennes lombaires avec irradiation (paresthésies et douleurs) selon un trajet radiculaire complet L5 ou S1. En l'absence de douleur lombaire, d'irradiation au-delà du creux poplité ou de paresthésies, on parle de sciatalgie (la plupart du temps non discale). Une sciatique discale guérit avec le traitement médical en quelques semaines (> 85 % des cas). Une complication neurologique ou un échec du traitement médical font discuter une intervention chirurgicale.

Diagnostic Clinique avec un syndrome rachidien (rachialgies lombaires, raideur segmentaire, éventuellement attitude antalgique à l'antéflexion du rachis, douleur à la palpation des épineuses et des muscles paravertébraux) et un signe de Lasègue. Un examen neurologique soigneux doit rechercher un déficit moteur ou sensitif ou réflexe et des troubles sphinctériens.

Il faut éliminer une pathologie sous-jacente (non discale) en recherchant des signes d'alarme : début < 20 ans ou > 55 ans, caractère inflammatoire et rebelle de la douleur, antécédents néoplasiques, altération de l'état général, fièvre, complication neurologique, absence de syndrome rachidien ou de signe de Lasègue. En dehors de ces situations, des examens complémentaires ne sont réalisés qu'en cas de doute diagnostique ou en l'absence de réponse au traitement médical. Les radiographies du rachis lombaire et du bassin sont faites pour les diagnostics différentiels, l'IRM lombaire recherche la hernie discale

concordante à la clinique (L5 ou S1) et la biologie recherche un syndrome inflammatoire ou infectieux.

Objectif thérapeutique Soulager la douleur et restituer la fonction rachidienne.

➠ *La lutte contre la douleur passe par la prescription de paracétamol et d'un anti-inflammatoire non stéroïdien et, en cas d'échec, d'un antalgique opioïde faible associé ou non. En cas de réponse insuffisante et en l'absence de contre-indication : infiltration épidurale d'un corticoïde et élongations ou tractions lombaires. Une chirurgie discale n'est envisagée qu'en cas d'échec de ces traitements ou devant la survenue d'une complication neurologique.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Recherche d'une complication neurologique :* déficit moteur récent < 3/5 ou syndrome de la queue-de-cheval, qui constituent une urgence chirurgicale.
- *Recherche de contre-indications aux AINS*, notamment ulcère digestif évolutif, insuffisance hépatique ou rénale sévère, grossesse.
- *Recherche des associations contre-indiquées ou déconseillées avec les AINS :* anticoagulants, lithium, méthotrexate, ticlopidine, aspirine à forte dose.
- *Recherche d'un terrain à risque :* antécédent d'ulcère digestif, de pathologie cardiovasculaire thrombotique, insuffisance rénale, insuffisance cardiaque, grossesse.

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

Le **repos** est indiqué (contrairement à la lombalgie aiguë).

Ordonnance chez un sujet jeune, sans antécédent médicochirurgical, ayant une douleur très intense n'ayant pas répondu à la prise de paracétamol en automédication

- **Paracétamol 325 mg + tramadol 37,5 mg :** 2 cp toutes les 8 heures, soit 6 cp/24 h pendant 5 jours (dose maximale : 8 cp/24 h).
- **Naproxène 550 mg :** 1 cp matin et soir au milieu du repas pendant 5 jours.

Ordonnance chez un sujet âgé de 65 ans, ayant une douleur modérée, hypertendu, avec une clairance de la créatinine à 50 mL/min

Paracétamol 500 mg + poudre d'opium 25 mg* : 1 gél. toutes les 6 heures pendant 5 jours (* équivaut à 2,5 mg de morphine) (dose maximale : 8 gél./24 h).

Ordonnance en l'absence d'efficacité de la première ordonnance avec une douleur très intense (EVA : 80/100)

- **Kétoprofène 100 mg :** 1 cp matin et soir au cours du repas pendant 2 semaines.

Ordonnance en l'absence d'efficacité de la première ordonnance avec une douleur très intense (suite)

Ordonnance sécurisée avec des posologies en toutes lettres

• **Sulfate de morphine LP :** quarante milligrammes matin et soir pendant cinq jours puis vingt milligrammes matin et soir pendant cinq jours.

• En cas de *recrudescence douloureuse aiguë* > 40/100 : **sulfate de morphine LI,** dix milligrammes, à renouveler éventuellement toutes les 6 heures.

Co-prescrire systématiquement un antiémétique et un accélérateur du transit intestinal.

Réévaluer la douleur tous les jours pour adapter les doses.

Si amélioration suffisante, relayer la prescription de morphine par un **antalgique de palier 2.**

Si amélioration insuffisante, adresser le patient à un rhumatologue pour **infiltrations épidurales et élongations lombaires.**

Ordonnance de kinésithérapie

La kinésithérapie n'est habituellement pas recommandée dans la phase aiguë de la lombosciatique. En cas de répétition des épisodes douloureux ou en cas de facteurs de risque de chronicisation, la prise en charge kinésithérapique est essentielle. Elle a pour objectifs les étirements musculaires, les renforcements musculaires paravertébraux, abdominaux et des membres inférieurs, du travail d'éducation posturale et de proprioception, un reconditionnement physique progressif (travail d'endurance aérobic), un enseignement ergonomique. La kinésithérapie a surtout pour but l'éducation du patient pour le convaincre de faire régulièrement, au moins 2 à 3 fois par semaine, des séances d'autorééducation.

Faire pratiquer par un masseur-kinésithérapeute **15 séances de kinésithérapie pour lombosciatiques à répétition**

– travail d'étirement des muscles des membres inférieurs et des muscles paravertébraux ;

Ordonnance de kinésithérapie (suite)

– renforcement isométrique des muscles paravertébraux, abdominaux et des membres inférieurs ;
– travail postural de l'ensemble du rachis, travail de bascule du bassin et apprentissage du placement du bassin et du dos dans les efforts de la vie courante et professionnelle ;
– apprentissage des exercices d'autorééducation.

Règles hygiénodiététiques

• La prévention des récidives est basée sur la kinésithérapie, l'autorééducation, la lutte contre la kinésiophobie (appréhension du mouvement) et contre les facteurs de risque.

• En cas de surcharge pondérale, il est indispensable de faire adhérer le patient à un programme de perte de poids progressive grâce à un régime alimentaire équilibré.

• Adaptation ergonomique professionnelle si nécessaire.

• Rassurer le patient sur la cause des lombosciatiques ; ne pas surmédicaliser ; convaincre le patient de la nécessité d'une activité physique régulière, après l'épisode aigu dans le but d'un reconditionnement progressif à l'effort.

Situations particulières

• La survenue d'une *complication neurologique* sévère (déficit moteur récent inférieur à 3/5 ou syndrome de la queue-de-cheval) constitue une urgence chirurgicale.

• En cas de *lombosciatique présumée discale ne répondant pas au traitement médical bien conduit* incluant infiltrations et élongations, réalisées après une IRM confirmant la hernie discale, envisager avec un chirurgien du rachis l'exérèse de la hernie par microchirurgie.

SURVEILLANCE

• Initialement, recherche quotidienne d'une complication neurologique ou de l'aggravation de la symptomatologie faisant craindre une lombosciatique symptomatique ou le passage à la chronicité.

• *De l'efficacité du traitement* : réévaluation répétée de la douleur pour adaptation thérapeutique ; examen clinique du rachis lombaire.

• Recherche *des effets indésirables des antalgiques* utilisés :
– AINS : troubles digestifs, hypertension, insuffisance rénale ;
– opiacés : nausées, constipation, sédation excessive, confusion, hypotension, rétention urinaire, risque de conduite addictive.

NOTES PERSONNELLES

L

Lucite estivale

RAPPELS

Photodermatose bénigne affectant jusqu'à 10 % de la population adulte avec une prédominance féminine (80 %). Elle débute généralement vers l'âge de 15-25 ans et résulte d'une sensibilité excessive aux UV.

Diagnostic Clinique devant une éruption apparaissant 2 ou 3 jours après une exposition solaire prolongée (bains de soleil estivaux). Très prurigineuse, elle est formée de petites papules érythémateuses plus ou moins confluentes, respectant le visage, avec une topographie préférentielle sur le décolleté, les épaules et les membres. Cette photosensibilité s'atténue en 5 à 10 jours sans cicatrice mais on constate une évolution par poussées après de nouvelles expositions solaires prolongées. Ces poussées vont en s'aggravant, survenant lors d'expositions modérées avec un allongement de la durée de photosensibilisation et/ou une extension de la surface atteinte.

Objectif thérapeutique Faire disparaître la gêne fonctionnelle du patient et éviter ou diminuer le nombre de nouvelles poussées.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Recherche de contre-indications :*

– dermocorticoïdes : infections cutanées bactériennes, virales, mycosiques ou parasitaires (gale), lésions ulcérées ;

– antihistaminiques H1 : allongement de l'espace QT et médicaments favorisants, grossesse et allaitement ;
– hydroxychloroquine : hypersensibilité au produit, rétinopathie, grossesse (rapport bénéfice/risque insuffisant dans cette indication) et allaitement, enfants < 6 ans, certaines associations médicamenteuses : escitalopram, hydroxyzine, dompéridone, pipéraquine (risque de troubles du rythme ventriculaire).

• *Recherche de terrains à risque pour l'hydroxychloroquine :*
– rétinopathie : le traitement nécessite un bilan ophtalmologique préalable (champ visuel et vision des couleurs) puis un bilan annuel en cas de prise au long cours ;
– en cas d'insuffisance rénale ou hépatique, une réduction de la dose est recommandée ;
– en cas de psoriasis ou de porphyrie aiguë intermittente, le médicament peut déclencher une crise ;
– patients présentant un allongement de l'intervalle QT congénital ou acquis ou des risques d'allongement du QT : maladies cardiaques, bradycardie 250/min, hypokaliémie ou hypomagnésémie, certains traitements (ci-dessus) ;
– patients diabétiques traités : risque d'hypoglycémie sévère.

• La doxycycline est contre-indiquée pendant la grossesse et l'exposition solaire ou aux UV doit être évitée.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance de traitement de la poussée par un dermocorticoïde de puissance forte associé à un anti-histaminique de 2e génération

- **Bétaméthasone dipropionate 0,05 % crème :** 1 application/j sur la dermatose pendant 8 jours (2 à 3 tubes au total).
- **Desloratadine :** 1 cp à 5 mg/j pendant 8 jours.

Ordonnance de traitement préventif en cas de lucites estivales sévères résistantes aux règles hygiénodiététiques

- **Hydroxychloroquine,** 200 mg 2 fois/j à débuter 10 à 15 jours avant l'exposition solaire, pendant et une semaine après l'exposition.

Règles hygiénodiététiques

- Expositions progressives en fonction du phototype et de l'ensoleillement.
- Éviction solaire entre 12 et 16 heures.
- Port régulier de vêtements photoprotecteurs.
- Utilisation régulière de produits de protection solaire « très haute protection + 50 » permettant un indice de protection UVA très élevé (spectre d'action de la lucite estivale).

Situations particulières

- *La lucite hivernale bénigne* est une pathologie des sports d'hiver apparaissant quelques heures après une exposition importante

sous un soleil brillant (facteurs déclenchants : soleil, temps froid et altitude). L'éruption est faciale (pommettes, front, lobes d'oreilles). Le traitement proposé est identique.

• Les *lucites persistantes sévères* sont déclenchées par des expositions solaires de faible intensité et surviennent du printemps à l'automne. La lucite polymorphe, l'urticaire solaire, le prurigo actinique font partie des lucites persistantes sévères. Trois critères les distinguent de la lucite estivale :
– l'atteinte du visage ;
– la survenue de manifestations après une faible exposition ;
– l'absence de disparition des lésions malgré le bronzage.

Ces lucites persistantes sévères nécessitent des explorations photodermatologiques et un bilan spécialisé.

SURVEILLANCE

• De l'efficacité du traitement : amélioration et disparition progressive des manifestations cliniques.

• De la tolérance en cas d'utilisation d'hydroxychloroquine : possibilité de troubles digestifs, de céphalées, de sensations vertigineuses, d'acouphènes.

NOTES PERSONNELLES

L

Lyme (maladie de) – Morsure de tique

RAPPELS

Maladie infectieuse causée par une bactérie du complexe *Borrellia* dont 3 espèces sont pathogènes en Europe : *B. afzelii*, *B. garinii* et *B. burgdorferi*. Elle est transmise à l'homme par une morsure de tique infectée dont la période s'étend d'avril à novembre. Il n'y a pas de transmission interhumaine ni par contact direct avec des animaux. En France, le nombre de cas annuel est de l'ordre de 27 000 avec une grande disparité selon les régions et un gradient décroissant Est-Ouest : plus de 100 cas/100 000 habitants en Alsace, 50-100 cas/100 000 en Champagne-Ardenne, Auvergne, Franche-Comté, Limousin, Rhône-Alpes et < 50/100 000 dans le Centre, la Basse-Normandie et l'Aquitaine.

Diagnostic De borréliose de Lyme évoqué si le patient a été exposé à une morsure de tique mais celle-ci a pu passer inaperçue. Les manifestations cliniques sont cutanées, neurologiques, ostéoarticulaires et cardiaques. Elles sont classiquement rapportées en trois stades (Tableau 1) dont la succession est inconstante après le stade précoce.

Un test biologique de confirmation n'est pas recommandé au stade d'érythème migrant (forme la plus fréquente de la maladie) en raison de nombreux faux négatifs dans cette phase précoce.

Aux stades ultérieurs, le diagnostic nécessite une confirmation biologique. La recherche d'anticorps spécifiques repose sur des techniques indirectes : test de dépistage (ELISA, IFI), systématiquement complété d'un test de confirmation (*western blot* ou immunoblot) lorsque le test

de dépistage est positif ou douteux. La recherche directe de la bactérie (culture et PCR) est réservée à des laboratoires spécialisés lors d'une prise en charge hospitalière (neuroborréliose, arthrite, *etc.*).

Tableau 1 – Stades cliniques de la maladie de Lyme.

Stade	Symptômes	Remarques
Précoce localisé	Érythème chronique migrant	Parfois accompagné d'un syndrome grippal
Précoce disséminé	Méningite et méningoradiculite lymphocytaire Arthralgies et arthrites Myocardite et BAV	Atteinte cardiaque rare et habituellement asymptomatique
Tardif	Encéphalomyélite chronique Polyneuropathies sensitives axonales Acrodermatite chronique atrophiante	« La maladie chronique de Lyme » avec asthénie, troubles de la mémoire et algies diffuses rapportés après une infection documentée bien traitée, ne semble pas en rapport avec une infection active

Objectif thérapeutique Guérir l'infection et éviter le passage aux stades ultérieurs.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Recherche d'une association médicamenteuse déconseillée* avec les macrolides (cisapride, tacrolimus, colchicine) ou d'une *contre-indication* aux tétracyclines (insuffisance hépatique ou rénale, rétinoïdes, psoralènes) ou d'une allergie aux β-lactamines.
- *Rechercher une co-infection* : les tiques peuvent être co-infectées par différents agents pathogènes (tularémie, fièvre Q, *etc.*). La transmission simultanée de différents agents peut expliquer des formes cliniques atypiques et la résolution incomplète des symptômes après le traitement d'une seule infection.

PRESCRIPTIONS

Ordonnance de traitement curatif

Le traitement curatif fait appel aux β-lactamines ou aux macrolides ou aux cyclines. Le choix et les modalités de prescription dépendent du stade de la prise en charge (Tableau 2).

Tableau 2 – Traitement de la maladie de Lyme selon le stade clinique.

Stade		Traitement	Durée	Remarques
Précoce localisé	1re intention	Amoxicilline PO 1 g 3 fois/j ou Doxycycline PO 100 mg 2 fois/j	14-21 j 14-21 j	Les cyclines sont contre-indiquées chez l'enfant avant 8 ans et chez la femme enceinte
	2e intention	Céfuroxime-axétil PO 500 mg 2 fois/j	14-21 j	
	3e intention	Azithromycine PO 500 mg 1 fois/j	10 j	
Précoce disséminé et tardif		Ceftriaxone IV 2 g/j	21-28 j	

Ordonnance de traitement préventif

• Il n'existe pas actuellement de vaccin disponible contre la borréliose de Lyme. La prévention individuelle repose sur la **protection mécanique** (vêtements couvrants et clairs pour repérer plus rapidement les tiques non encore fixées), l'**inspection cutanée** après exposition (derrière les genoux, les aisselles, les zones génitales, le nombril et en particulier chez le jeune enfant le cuir chevelu, le cou,

Ordonnance de traitement préventif (suite)

l'arrière des oreilles) et le **retrait de la tique** le plus rapidement possible. Ce retrait ne doit pas se faire par traction ou par compression mais par rotation à l'aide d'une pince fine ou d'un tire-tique disponible en pharmacie. Une désinfection est nécessaire après le retrait et non avant. Puis la zone de morsure doit être surveillée durant 4 semaines (surinfection, érythème migrant).

- **L'antibioprophylaxie après morsure de tique n'est pas recommandée systématiquement.** Elle doit être discutée au cas par cas chez les sujets en zone d'endémie mordus par plusieurs tiques avec une durée d'attachement > 72 h. Une dose unique de 200 mg de **doxycycline** est utilisée (chez l'enfant > 8 ans : 4 mg/kg en une prise).
- La borréliose de Lyme ne confère pas d'immunité. Les mesures individuelles de prévention s'appliquent aussi aux personnes ayant déjà contracté la maladie.

NOTES PERSONNELLES

L

Lymphœdème des membres inférieurs

RAPPELS

Œdème élastique des membres inférieurs, le lymphœdème primitif est une pathologie rare (environ 1/10 000), se développant chez la femme (90%), le plus souvent à la puberté.

Diagnostic Clinique souvent après un traumatisme mineur, l'œdème se développe, d'abord distal (orteils et dos du pied) et prédominant d'un côté (stade 1), puis plus diffus avec un aspect de peau d'orange ne prenant pas le godet et régressant peu durant la nuit (stade 2). Dans les formes évoluées, une hyperkératose et une papillomatose sont habituelles (stade 3)

L'écho-Doppler veineux des deux membres inférieurs est l'examen de premier choix, non invasif et facilement accessible, pour exclure une thrombose veineuse, un kyste poplité compressif et localiser la topographie sous-cutanée de l'œdème. Un lipœdème constitutionnel doit également être évoqué (mais respect du pied et de la cheville), de même que la responsabilité d'un médicament (inhibiteurs calciques, etc.). La lymphoscintigraphie isotopique permet le diagnostic des cas difficiles.

Conséquence d'une hypoplasie congénitale des vaisseaux lymphatiques, le lymphœdème primitif doit être distingué des rares formes héréditaires pouvant apparaître dès l'enfance et surtout des formes secondaires, généralement plus tardives (> 40 ans), résultant d'une compression tumorale, de séquelles traumatiques (chirurgie ou radio-

thérapie pelvienne, injections sous-cutanées) ou d'une infection (maladie des griffes de chat, filariose, *etc.*).

Objectif thérapeutique Une prise en charge précoce est indispensable :
- pour réduire la gêne fonctionnelle ;
- et le risque de surinfection.

La compression et le drainage lymphatique visent une réduction de volume, une amélioration de la fonctionnalité et de l'esthétique du membre.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

Un bilan précis de l'état artériel et veineux (clinique et écho-Doppler artériel) est impératif pour choisir une compression adaptée.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

Le traitement du lymphœdème peut être proposé en deux périodes.

• *La première, dite « intensive »*, a pour objectif de réduire au maximum le volume de l'œdème. En hospitalisation ou en ambulatoire, elle consiste à appliquer des **bandages multicouches** avec des bandes à allongement court (type **Somos®**), 24 h/24 h pendant 2 à 3 semaines (par kinésithérapeute ou infirmière formés).

• *La deuxième, dite « d'entretien »*, repose sur le port quotidien durant la journée de **chaussettes, bas ou collants de compression élastique de classe élevée III ou IV**. Des bandages peu élastiques sont associés la nuit. Cette phase doit rester continue. La contention doit être prescrite sur mesures (taille de la jambe, diamètre cheville, genou, racine de la cuisse) pour améliorer une tolérance difficile.

Kinésithérapie et règles hygiénodiététiques

• **Des séances de drainages lymphatiques** par un kinésithérapeute formé (séances quotidiennes durant une quinzaine de jours) sont indiquées par cures, dans le traitement initial des lymphœdèmes de stade II et III et lors des décompensations. La contention élastique doit absolument être maintenue durant ces périodes.

• **Des séances régulières de gymnastique** permettent d'augmenter la pression de contention (formation par kinésithérapeute).

• **Conseils pour éviter l'augmentation de volume du lymphœdème :** éviter la station debout prolongée, les activités physiques violentes, la chaleur excessive.

• **Un suivi nutritionnel** est nécessaire en cas de surcharge pondérale car l'excès de poids aggrave le lymphœdème.

••• *Kinésithérapie et règles hygiénodiététiques (suite)*

• **Des soins de peau et de pédicure** sont nécessaires : hydratation de la peau, prévention et traitement des intertrigos interorteils (lavage et séchage soigneux quotidiens).

Situations particulières

Les surinfections du(des) membre(s) constituent une complication fréquente (20 à 30% à 10 ans) qu'il faut surveiller et traiter d'urgence :
– érysipèle, dermohypodermite, le plus souvent à streptocoques du groupe A (*cf.* l'ordonnance correspondante) ;
– lymphangite avec atteinte des ganglions satellites, d'origine streptococcique ou staphylococcique ;
– plus rarement mycoses.

SURVEILLANCE

Maladie chronique qui nécessite une prise en charge au long cours, une véritable éducation thérapeutique, voire un soutien psychologique en raison des contraintes quotidiennes et du retentissement esthétique chez des femmes jeunes.

L

Lymphœdème du bras

RAPPELS

Complication fréquente (15 à 20 %) du traitement chirurgical du cancer du sein (curage axillaire +/- radiothérapie), le lymphœdème du bras est exceptionnellement primitif.

Diagnostic Il est clinique, dans un délai de quelques mois à plusieurs années après la chirurgie et fréquemment à la suite d'un effort physique ou d'un traumatisme = augmentation de volume, d'abord du bras, puis de l'avant-bras. Initialement mou, prenant le godet et régressif la nuit, l'œdème devient ferme et élastique. Le dos de la main présente un aspect caractéristique bombé. L'ensemble va progressivement engendrer une gêne fonctionnelle importante qu'il y a lieu de prévenir par une prise une charge précoce et des mesures de prévention dès le geste chirurgical.

Les facteurs favorisants sont la taille de la tumeur, le type de chirurgie (la mammectomie est plus pourvoyeuse qu'une tumorectomie), le curage axillaire associé et la radiothérapie. Le surpoids et l'absence d'activité physique sont également incriminés.

L'écho-Doppler veineux est l'examen initial nécessaire pour éliminer une thrombose veineuse profonde et un obstacle compressif. La lymphoscintigraphie isotopique est réservée aux cas difficiles.

Objectif thérapeutique

– Réduire le volume du bras et la gêne fonctionnelle. Il n'y a pas de traitement médical d'efficacité établie. La kinésithérapie et la contention sont essentielles.

– Réduire le risque de complication, notamment la lymphangite. Une antibiothérapie est indiquée en cas de surinfection (érysipèle).

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

– *En cas de lymphœdème d'apparition tardive* ou à début proximal, il faut rechercher soigneusement une compression sous-jacente (cancer, tumeur bénigne, etc.).

– *Bilan de l'état artériel* pour choisir une compression adaptée.

– *Toujours s'assurer de l'absence de complications infectieuses.*

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

Le traitement s'effectue en deux phases.

- *Phase dite « intensive »* qui a pour objectif de réduire au maximum le volume de l'œdème. En hospitalisation ou en ambulatoire, elle consiste à réaliser des *drainages lymphatiques* manuels suivis éventuellement de pressothérapie puis à appliquer des *bandages multicouches* avec des bandes à allongement court (type Somos®), 24 h/24 pendant 2 à 3 semaines (par kinésithérapeute ou infirmière formés).
- *Phase dite « d'entretien »* qui repose sur le port quotidien durant la journée d'un manchon sur mesure de classe II, III ou IV. Utiliser la pression maximale tolérée. Un enfile-manchon (*Easy Slide®*) est utile.

Kinésithérapie et règles hygiénodiététiques

Ces recommandations sont essentielles pour une affection évoluant au long cours.

- *Assurer régulièrement des soins de peau :* hydratation régulière.
- *Séances de drainage lymphatique*, à effectuer par cures d'une quinzaine de jours, par kinésithérapeute formé.
- *Lutter contre la prise de poids*, qui favorise l'accroissement du lymphœdème.
- *Éviter les injections, les prises de sang, la* prise de tension au niveau du bras.
- *Éviter les blessures.* Pratiquer la manucure avec soin. Si blessure désinfection immédiate à l'eau et au savon, ou antiseptique sans alcool.
- Protection contre les coups de soleil.
- Éviter les vêtements ou les accessoires trop serrés (effet garrot).

••• *(suite)*

Situations particulières

• Les *complications infectieuses* sont fréquentes et doivent être prises en charge en urgence : érysipèle, dermohypodermite, le plus souvent à streptocoques (*cf.* ordonnance correspondante).

• *Le retentissement psychologique* (angoisse, dépression) engendré par la modification de l'image corporelle et la gêne fonctionnelle doit être évalué et traité si nécessaire.

SURVEILLANCE

• *Le port de la compression est impératif durant la journée.* La difficulté pour la poser ou l'enlever est fréquente, nécessitant une aide (enfile-manchon ou passage d'une infirmière). Vérifier qu'il n'y a pas d'effets délétères (frottements, extrémités froides, *etc.*)

• En raison du caractère chronique et invalidant de l'affection ainsi que des contraintes quotidiennes, *un programme d'éducation thérapeutique* peut être mis en place avec une équipe spécialisée.

• Il convient d'insister sur *la prévention après chirurgie qui* est essentielle pour lutter contre l'apparition du lymphœdème

– le surpoids, la sédentarité, le manque d'activité physique doivent être combattus ;

– les blessures et infections cutanées doivent être immédiatement traitées ;

– la contention doit être mise en place précocement, au moindre doute sur une augmentation de volume du membre.

NOTES PERSONNELLES

M

Ménopause (traitement hormonal)

RAPPELS

Diagnostic Arrêt spontané des règles, pendant au moins 12 mois consécutifs, qui survient à un âge moyen de 51 ans. Les ovaires cessent alors leur production d'œstradiol et de progestérone. Cette chute hormonale peut être responsable de symptômes regroupés sous le terme de syndrome climatérique (bouffées vasomotrices, sueurs nocturnes, troubles du sommeil, troubles génito-urinaires [en particulier sécheresse vaginale], douleurs articulaires, baisse de la libido, troubles de l'humeur, etc.) et, sur le plus long terme, d'une accélération de la perte osseuse et d'une augmentation du risque cardiovasculaire.

Objectif thérapeutique Un traitement hormonal de la ménopause (THM) n'est indiqué que si le rapport bénéfice/risque de ce traitement est jugé favorable
– si trouble du climatère suffisamment gênant pour altérer la qualité de vie;
– si risque fracturaire élevé, en cas d'intolérance ou de contre-indication à un autre traitement indiqué dans la prévention de l'ostéoporose.

➡ *Le THM n'est pas indiqué chez les femmes ménopausées en bonne santé sans trouble du climatère et sans facteur de risque d'ostéoporose, ni dans la prévention du risque fracturaire en première intention (sauf en cas d'insuffisance ovarienne prématurée, cf. pages suivantes).*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Recherche d'une contre-indication absolue au THM :* cancer hormonodépendant, hyperplasie endométriale, hémorragie génitale non diagnostiquée, accident thromboembolique veineux en évolution, accident artériel (coronarien ou cérébral), affection hépatique en cours, lupus, porphyrie, mastopathie « frontière » (hyperplasie canalaire atypique), angiœdème.

• *Recherche d'une contre-indication relative au THM :* cardiopathie emboligène, antécédent thromboembolique veineux.

• *Précautions d'emploi :* obésité, diabète, dyslipidémie, HTA, tabagisme, antécédents familiaux de cancer du sein, mastopathie bénigne, endométriose.

• *Recherche d'associations à prendre en compte* : inducteurs enzymatiques, ciclosporine.

• Par ailleurs, il est nécessaire d'avoir :

– pratiqué un examen clinique, gynécologique et mammaire préalable ;

– réalisé un bilan glucidolipidique ;

– informé des possibilités de traitements non hormonaux du syndrome climatérique et des risques liés à la prise de THM (augmentation du risque de cancer du sein selon la durée de traitement et données sur le risque cardiovasculaire, dépendant du type de traitement et de sa durée).

• La prescription d'un THM s'effectue idéalement dans les années suivant l'installation de la ménopause, période semblant plus favorable concernant le risque cardiovasculaire.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

En première intention, prescription d'un estrogène naturel (17-bêta-estradiol) par voie percutanée, associé à de la progestérone naturelle afin de minimiser les risques thromboemboliques, artériels et mammaires. Le THM sera prescrit à la dose minimale efficace (posologie minimale au départ puis adaptation selon efficacité) et pendant la durée la plus courte possible

– **estradiol en gel :** appliquer 0,5 à 0,75 mg d'estradiol par jour du 1er au 25e jour du mois, sur une large surface (avant-bras, face interne des cuisses, sans appliquer sur les seins);

– ou **estradiol en patch** (délivrant 25 à 50 µg d'estradiol/24 h) : un patch du 1er au 25e jour du mois, à coller sur une zone du tronc (région lombaire, abdomen, etc.) (ne pas coller sur les seins); à renouveler 1 ou 2 fois/semaine selon le dispositif;

– la posologie sera augmentée après quelques semaines en cas de persistance des symptômes jusqu'à trouver la dose minimale efficace;

– et **progestérone 100 mg :** une capsule molle par voie orale ou vaginale par jour du 1er au 25e jour du mois (schéma combiné);

– ou **progestérone 200 mg :** une capsule molle par voie orale ou vaginale par jour du 14e au 25e jour du mois (dans ce schéma séquentiel, la progestérone doit être prise au moins 12 jours par mois).

Règles hygiénodiététiques

- Arrêt du tabac et limitation des boissons alcoolisées, régime pauvre en graisses et sucres rapides.
- Apport suffisant en calcium (1 000 à 1 200 mg/j en privilégiant la prise alimentaire), et en vitamine D (exposition solaire modérée régulière ± supplémentation).
- Activité physique régulière.

Règles hygiénodiététiques (suite)

• Pour les bouffées vasomotrices : éviter les repas épicés et la consommation d'alcool.

Situations particulières

• *En cas d'antécédent d'hystérectomie*, le THM est réduit à un **estrogène** seul.

• *Dans la prévention de l'ostéoporose*, débuter le traitement à 50 µg d'estradiol/24 h, et augmenter la posologie quotidienne d'estradiol selon la symptomatologie.

• *En cas de sécheresse vaginale*, isolée ou persistante sous THM, un traitement local pourra être prescrit, soit par gel non hormonal (**Replens® :** 1 application 2 à 3 fois/semaine), soit par **estrogènes** locaux (**estriol ou promestriène en crème et/ou ovules :** 2 applications et/ou ovules/semaine).

• *En cas d'insuffisance ovarienne prématurée*, la prise d'un THM est recommandée au moins jusqu'à l'âge de 45 ans.

SURVEILLANCE

• Surveillance clinique, mammaire et gynécologique annuelle, mammographie bilatérale tous les deux ans, frottis cervicovaginal tous les trois ans jusqu'à 65 ans et bilan métabolique tous les cinq ans.

• La posologie du traitement doit être adaptée en fonction de la symptomatologie :
– en cas de symptômes d'hyperestrogénie (mastodynies, nausées, irritabilité, insuffisance veineuse), réduire la posologie quotidienne de 17-bêta-estradiol ;
– en cas de symptômes d'hypoestrogénie (bouffées vasomotrices, sécheresse vaginale), augmenter la posologie quotidienne de 17-bêta-estradiol.

• Le traitement devant être prescrit pendant une durée limitée, la balance bénéfice/risque doit être réévaluée régulièrement.

• En cas de métrorragies, interrompre le traitement avant d'avoir pu établir un diagnostic.

• Le traitement doit être arrêté en cas de survenue d'une contre-indication ou d'une augmentation significative de la tension artérielle ou de céphalées inhabituelles.

NOTES PERSONNELLES

M

Migraine de l'adolescent et de l'adulte

RAPPELS

Céphalées paroxystiques récurrentes, séparées par des intervalles libres, qui possèdent des caractères sémiologiques évocateurs : progressives, unilatérales, pulsatiles, généralement rétro-orbitaires, associées à des nausées et/ou une photophobie. L'existence de manifestations précessives visuelles et/ou sensitives distingue les crises avec aura (20 %) ou sans aura (80 %). Les crises, dont la fréquence est très variable (de quelques-unes/an à plusieurs/semaine), durent habituellement de 4 à 24 heures, rarement jusqu'à 72 heures, cédant avec le traitement et souvent après un repos dans une pièce sombre. Pathologie fréquente et bénigne mais handicapante par la répétition des crises.

Diagnostic Le plus souvent aisé devant une forme clinique typique chez un malade qui connaît son affection, il ne nécessite pas d'examens complémentaires mais la recherche d'éventuels facteurs favorisants (alimentaires ou environnementaux, HTA ou dépression après 50 ans). L'examen clinique est normal. Par contre, une imagerie cérébrale est recommandée en cas de céphalées atypiques, de céphalées brutales d'installation rapide (< 1 mn), de crises apparues après 50 ans, d'auras atypiques ou d'anomalies à l'examen clinique.

Objectif thérapeutique Il est double :
– traiter la crise pour soulager le malade. Deux familles médicamenteuses ont fait la preuve de leur efficacité : les AINS et les triptans ;
– prévenir les récidives fréquentes par la mise en place d'un traitement de fond. La nécessité de ce dernier dépend de la fréquence des crises (plusieurs crises/mois) mais surtout de leur retentissement social. Bêta-

bloquants et anti-épileptiques sont les mieux évalués dans cette indication. Ce traitement doit permettre de limiter l'abus d'antalgiques en automédication.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Recherche de contre-indications :*

– AINS : allergie aux AINS, ulcère digestif évolutif, insuffisance hépatique ou rénale sévère, grossesse ;
– triptans : ATCD cardiovasculaires, HTA non contrôlée, insuffisance hépatique ou rénale sévère. Utilisation déconseillée < 12 ans et > 65 ans ;
– bêtabloquants : asthme, BPCO sévère, troubles de conduction ou bradycardie importante. Réduire la posologie de 50 % si clearance créatinine < 30 mL/min ;
– topiramate : hypersensibilité aux sulfamides, grossesse et allaitement ;
– amitriptyline : glaucome par fermeture de l'angle, infarctus myocardique récent, obstacle prostatique.

- *Recherche de terrains à risque :*

– AINS : antécédent d'ulcère digestif, de pathologie cardiovasculaire thrombotique, insuffisance rénale, insuffisance cardiaque ;
– triptans : facteurs de risque cardiovasculaires, conducteurs de véhicules ;
– bêtabloquants : diabète sous hypoglycémiants, myasthénie, sujets âgés ;
– topiramate : ATCD dépressifs, glaucome à angle fermé, réduire la posologie de 50 % si clearence créatinine < 50 mL/min.

- *Recherche d'associations déconseillées :*

– AINS : lithium, méthotrexate ;
– triptans : ergotamine, IMAO ;
– topiramate : contraceptifs oraux (risque d'inactivation).

- *Recherche d'associations à prendre en compte :*

– AINS : anticoagulants, diurétiques ;
– triptans : antidépresseurs sérotoninergiques, cimétidine ;
– bêtabloquants : antiarythmiques, digitaliques, inhibiteurs calciques ;
– topiramate : autres antiépileptiques, digoxine, lithium.

PRESCRIPTIONS

Ordonnance de traitement de la crise

• **Ibuprofène 400 :** 1 cp à prendre le plus précocement possible dès le début des douleurs.

ou :

• **Sumatriptan 10 mg solution pour administration nasale :** une pulvérisation dans une seule narine à prendre au bout de 2 heures si l'ibuprofène n'est pas efficace ou mal toléré, ou d'emblée chez les patients ayant des crises sévères.

Pour les patients insuffisamment soulagés par la posologie de 10 mg, une dose de 20 mg sera nécessaire lors de la crise suivante. Ne pas utiliser plus de 2 pulvérisations/j.

NB : il est recommandé d'éviter les opioïdes, seuls ou en association, qui peuvent aboutir à un abus médicamenteux, voire à un comportement addictif.

Ordonnance de traitement de fond

• **Métoprolol LP 200 mg :** ½ cp, soit 100 mg, le matin. Si l'amélioration au bout de 2 mois est insuffisante et le traitement bien toléré, une posologie de 200 mg en une prise le matin peut être envisagée.

ou

• **Topiramate 25 :** débuter par 25 mg/j le soir, avec si nécessaire une augmentation de 25 mg chaque semaine sans dépasser 100 mg/j en 2 prises.

Règles hygiénodiététiques

Suppression des facteurs favorisants possibles : alimentaires (chocolat, alcool) ; sensoriels (bruits, odeurs, etc.) ; sommeil prolongé (WE).

Situations particulières

• *En cas de migraines cataméniales :* **œstradiol 0,06 % gel pour application cutanée,** une application de 1,5 mg/j pendant 8 jours, à débuter la veille des règles.

• *En cas de grossesse :*
– débuter par **paracétamol,** 1 g à renouveler après 4 heures si nécessaire (l'association à la codéine n'est pas recommandée en raison du risque de nausées);
– en cas de nausées : **doxylamine,** 1 cp à 15 mg;
– dans les formes sévères, peuvent être utilisés à titre exceptionnel durant le premier trimestre de l'**aspirine** (Migpriv®, 1 sachet) ou du **sumatriptan** (*cf.* ci-avant);
– la mise en place d'un traitement préventif par **propranolol,** 20 mg 2 fois/j puis 40 mg 2 fois/j si nécessaire, est recommandée.

• *En cas de formes rebelles :* **amitriptyline 25 mg,** 25 mg le soir à augmenter à 50 mg après 2 mois si nécessaire. La relaxation, le biofeedback et les thérapies cognitives et comportementales de gestion du stress peuvent être envisagés en fonction du profil psychologique du patient.

SURVEILLANCE

• De l'efficacité du traitement : noter sur un calendrier les jours de crises afin de juger objectivement de l'évolution et de l'efficacité de la prise en charge.

• Des effets indésirables du traitement de fond :
– bêtabloquants : asthénie, mauvaise tolérance à l'effort, insomnie, impuissance, dépression;
– topiramate : troubles cognitifs, paresthésies, asthénie, somnolence, vertiges.

M

Molluscum contagiosum

RAPPELS

Infection cutanée bénigne d'origine virale (*Molluscipoxvirus*), très commune chez les enfants de 2 à 5 ans. Elle provoque l'apparition d'excroissances papuleuses dont l'évolution est spontanément régressive en quelques semaines à quelques mois, mais leur contagiosité nécessite la mise en place de mesures d'hygiène.

Diagnostic Il est clinique : 2 à 7 semaines après le contact infectant, développement sur les bras +/- les jambes +/- le visage et possiblement sur l'ensemble du corps de petites papules fermes et lustrées avec une dépression centrale. De couleur incarnat, elles peuvent être enflammées et se détacher par grattage, favorisant la diffusion virale par contact direct entre personnes ou avec des objets contaminés (jouets, vêtements, serviettes).

Absence de complications, mais éruption que l'enfant gratte et dissémine. L'évolution est spontanément régressive, mais parfois lente (> 12 mois)

Objectif thérapeutique

- Rassurer les parents sur la bénignité de l'infection malgré l'aspect incommodant et inesthétique.
- Exérèse précoce pour limiter l'extension si forme localisée.
- Fournir des conseils pour limiter la diffusion dans la famille et à l'école.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Écarter les autres causes d'éruption papuleuse dermo-épidermique :* verrues, impétigo, etc.
- *Respecter les contre-indications de l'hydroxyde de potassium à 5 % :* enfants < 2 ans ; muqueuses et contour de l'œil ; plaies ouvertes ou peau lésée ; eczéma atopique en phase aiguë ; déficit immunitaire.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

- ***1) Si l'infection reste limitée :*** élimination des lésions par curetage.
- ***2) Si l'infection est plus étendue***

– Une exérèse peut également être réalisée par curetage ou cryothérapie mais pratique inconfortable.

Une crème anesthésique de surface peut être appliquée au préalable (60 à 90 min) : **Emla®** 5 % crème, tube de 5 g. Ne pas dépasser 10 g de 1 à 6 ans, 2 g de 3 à 12 mois et 1 g avant 3 mois.

– Une application d'**hydroxyde de potassium** à 5 % (*Molutrex* [flacon de 3 mL à 0,15 g]) : 1 à 2 applications par jour, matin et soir. Éviter de déborder sur la peau saine. Ne pas rincer. Une irritation au site d'application est possible.

Dès l'apparition d'une inflammation (2 à 10 jours), cesser l'application. La disparition du *Molluscum* intervient habituellement entre les 2 et 6 semaines qui suivent. Ne pas appliquer la solution sur une même lésion au-delà de 14 jours.

Règles hygiénodiététiques

- Lavage régulier des mains de l'enfant et des parents contacts.
- Éviter de toucher, frotter ou gratter l'éruption.
- Ne pas partager les objets personnels de l'enfant.
- Éviter chez l'enfant les activités de contact (sports, *etc.*).

SURVEILLANCE

Cette infection bénigne ne nécessite pas de surveillance particulière et elle ne laisse pas de cicatrice mais une récidive par recontamination est possible.

M

Mononucléose infectieuse (MNI)

RAPPELS

Primo-infection symptomatique par le virus d'Epstein-Barr (EBV), herpes virus de type 5, la mononucléose infectieuse (MNI) est responsable d'une angine et d'une asthénie parfois prolongée. Volontiers transmise par la salive chez l'adolescent et l'adulte jeune (« maladie du baiser »), elle s'accompagne d'une inversion de formule leucocytaire.

Diagnostic Suspecté devant une angine érythémato-pultacée ou pseudomembraneuse (avec respect de la luette), une éruption thoracique (favorisée par l'administration d'amoxicilline) et une altération fébrile de l'état général (céphalées, douleurs musculaires, insomnie) La présence d'adénopathies cervicales et ± diffuses est habituelle. Une splénomégalie est possible.

Un syndrome mononucléosique est très évocateur (hyperlymphocytose supérieure à 4 000/10^{-9} L, avec plus de 50 % de lymphocytes, anomalie spontanément régressive en quelques semaines), associé à une hypertransaminasémie modérée. Le « MNI test » et/ou la présence d'IgM anti-VCA (sérologie EBV) confirment le diagnostic. L'infection peut rester asymptomatique (à 40 ans, 90 % de la population est porteuse du virus) ou, au contraire, se compliquer d'une atteinte hépatique, neuroméningée, rénale ou biologique (anémie, thrombopénie, auto-immunité). La guérison intervient habituellement en moins d'un mois mais une asthénie résiduelle peut être plus prolongée.

Objectif thérapeutique

• En l'absence de traitement antiviral efficace sur EBV, l'objectif reste symptomatique, visant à soulager le patient.

• Par ailleurs, l'administration d'aminopénicillines (volontiers utilisées dans le traitement des angines) favorise la survenue d'allergie (exanthème morbilliforme) et doit être proscrite.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Dans les formes érythémato-pultacées, nécessité d'écarter une origine bactérienne à streptocoque du groupe A.* Un test de diagnostic rapide (TDR SGA) (matériel fourni aux médecins par l'Assurance maladie) doit être réalisé devant toute angine érythémateuse chez l'enfant de plus de 3 ans, et chez l'adulte si le score de Mac Isaac est supérieur ou égal à 2 (*cf.* ordonnance « Angine ou amygdalite aiguë »). Ce test possède une sensibilité de 90 % et une spécificité de 95 %. Un test positif nécessite une antibiothérapie.

• *Dans les formes pseudomembraneuses, il faut penser à la diphtérie* : sujets non vaccinés, retour d'un pays d'endémie (Europe de l'Est, pays en développement), pseudomembranes extensives (atteinte de la luette) et adhérentes. Un diagnostic d'urgence doit être réalisé par écouvillonnage de la gorge.

• *Rechercher les sujets à risque avec le paracétamol :* alcoolisme, pathologie hépatique, insuffisance rénale sévère. Éviter le surdosage en paracétamol : recherche des médicaments déjà pris, information sur les spécialités contenant du paracétamol et sur la posologie maximale (4 g/24 h chez l'adulte et 60 mg/kg/24 h chez l'enfant)

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• *Pour la fièvre et les douleurs*, **paracétamol :**
– adulte et enfant >15 ans : 500 à 1 000 mg, 1 à 4 fois/j, toutes les 6 heures, sans dépasser 4 g/j
– enfant < 15 ans : 15 mg/kg, 1 à 4 fois/j, toutes les 6 heures, sans dépasser 60 mg/kg/j

• *Pour la désinfection et l'antalgie locale*, **digluconate de chlorhexidine + chlorhydrate de tétracaïne** (Drill Maux de gorge®, flacon pressurisé de 40 mL) : 1 à 6 pulvérisations/j, espacées d'au moins 4 heures chez l'adulte et 1 à 3 pulvérisations chez l'enfant > 12 ans.

Mesures hygiénodiététiques

• Repos durant la période d'évolution aiguë.

• L'éviction scolaire n'est pas obligatoire.

• Aucune mesure prophylactique n'est à envisager pour d'éventuels sujets contacts.

• Il n'existe pas à ce jour de vaccin préventif contre cette infection.

Situations particulières

Dans les formes sévères ou compliquées, en milieu hospitalier : une corticothérapie est proposée (**prednisone** : 1 mg/kg/j) sur consensus professionnel.

SURVEILLANCE

• *Essentiellement clinique :* fièvre, état général, évolution de l'angine.

• *Cependant, une attention doit être portée à la survenue possible de complications :* ictère, syndrome méningé, pneumonie, atteinte rénale.

Une fièvre importante ou des signes atypiques doivent alerter. L'évolution est en règle générale favorable mais une rupture de rate est possible de même que des compications sanguines (anémie hémolytique, purpura thrombopénique, cryoglobulinémie).

- *Une asthénie prolongée* est parfois observée.

NOTES PERSONNELLES

M

Mycose vulvovaginale

RAPPELS

Les mycoses vulvovaginales sont les infections gynécologiques les plus fréquentes et 75 % des femmes développent au moins une fois une mycose vaginale. Elles sont essentiellement dues à des champignons opportunistes levuriformes du genre *Candida*, d'origine intestinale. *Candida albicans* est en cause dans près de 80 % des cas; d'autres variétés (*C. krusei, C. tropicalis* et *C. glabrata*) sont plus rarement retrouvées.

Diagnostic Clinique devant une symptomatologie souvent aiguë et bruyante. Le prurit vulvaire est quasi-constant et entraîne un grattage qui aggrave la vulvite. Il s'associe souvent à des brûlures et/ou une dyspareunie. Il peut exister des leucorrhées peu abondantes et épaisses. L'examen retrouve une vulvite érythémateuse et œdémateuse, avec des lésions pouvant déborder sur le périnée. Au speculum, les leucorrhées sont blanches, épaisses, caillebottées. Le prélèvement vaginal (ou au niveau des foyers digestifs), non systématique, peut permettre une confirmation : pH acide et parfois filaments mycéliens à l'examen direct mais la culture sur Sabouraud reste l'examen de référence avec possibilité d'un fongigramme.

Objectif thérapeutique Soulager la patiente, éradiquer le champignon et prévenir les récidives. Les lésions aiguës sont facilement traitées avec les dérivés azolés par voie locale.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Éliminer les diagnostics différentiels des érythèmes prurigineux de la vulve* : lichen, eczéma, psoriasis, dermatophyties.

• *Rechercher et modifier/traiter des facteurs favorisant les récidives* :
– iatrogènes : antibiotiques, antiparasitaires, corticoïdes, immunosuppresseurs, antécédent de radiothérapie pelvienne, contraceptifs oraux fortement dosés en œstrogènes, allergènes locaux (douches vaginales, articles de toilette parfumés), acidité vaginale importante (pH < 4,5) (savons acides, *etc.*);
– morbidités : diabète, immunodépression, VIH.

• *Recherche de prise d'AVK* : les imidazolés sont des inhibiteurs puissants des CYP 3A4/2C9. Malgré un passage systémique limité par voie vaginale, des interactions significatives sont possibles et une surveillance rapprochée de l'INR avec adaptation des posologies peut être nécessaire.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance dans les formes légères vaginales

Un ovule imidazolé LP (ovule minute), éventuellement renouvelé une fois : **éconazole ovule retard (LP)** ou **sertaconazole ovule,** : 1 ovule vaginal, à insérer le soir. Renouveler éventuellement 3 jours plus tard (5 jours pour le sertaconazole).

Ordonnance en cas de vulvite (isolée ou associée)

Crème imidazolée en application bi-quotidienne : **éconazole crème** ou **sertaconazole crème,** 1 application 2 fois/j pendant 7 à 10 jours (15 jours pour les formes plus sévères).

Règles hygiénodiététiques

- Utilisation de **savons** ou d'un **traitement local** permettant de diminuer l'acidité vaginale (savon à l'acide borique au pH alcalin, bicarbonate de Na dilué dans l'eau, etc.).
- Associer un traitement local à action anti-inflammatoire et anti-prurigineuse : **benzydamine 0,1 % solution vaginale,** 1 administration matin et soir pendant 3 jours.
- Utilisation de **probiotiques** par voie orale ou vaginale (produits de parapharmacie) pour restauration de la flore vaginale après la fin du traitement.
- Éviter les endroits chauds et humides (piscine), préférer les douches aux bains, sécher soigneusement (sèche-cheveux).
- Éviter les vêtements serrés et les sous-vêtements synthétiques.

Situations particulières

- *Devant une réaction inflammatoire locale sévère*, éviter les traitements « minute » et préférer les traitements prolongés jusqu'à disparition des signes cliniques.

Situations particulières (suite)

• *En cas de mycose asymptomatique* découverte sur prélèvement vaginal ou sur frottis (20 % des mycoses vulvovaginales), un traitement n'est pas nécessaire.

• *En cas de mycoses récidivantes* (≥ 4 mycoses par an avec preuve mycologique à au moins 2 reprises), le plus souvent liées à *C. glabrata*, *C. krusei* ou *C. tropicalis* :
– le traitement local est prolongé : ovules pendant 7 à 10 jours + crème 10 à 15 jours ;
– un traitement général est associé : **fluconazole 150 mg,** 1 cp en une seule prise une fois par mois, de préférence en période post-menstruelle, pendant 6 mois (si nécessaire, le traitement peut être intensifié avec une fréquence hebdomadaire pendant les 3 premiers mois) ;
– éliminer les facteurs de risque.

• *En cas de mycoses récidivantes à la prise d'antibiotique* (risque de candidose de 80 % si antibiothérapie à large spectre pendant plus de 3 jours) ou prémenstruelles : associer un traitement par ovule imidazolé retard et une prise unique de fluconazole (150 mg) à la fin du traitement antibiotique ou en fin de règles.

• *Mycose en cours de grossesse* (facteur favorisant) : traitement local habituel, prolongé de 1 à 2 semaines, en évitant ciclopirox, sulconazole, tioconazole. Les traitements par voie orale sont à éviter.

SURVEILLANCE

• De l'efficacité du traitement sur la symptomatologie clinique.

• Il n'est pas nécessaire de consulter ou de renouveler le prélèvement vaginal après traitement, sauf en cas de persistance de la symptomatologie avec inefficacité totale des traitements, auquel cas il faut se reposer la question des diagnostics différentiels.

N

Névralgie trigéminale

RAPPELS

Douleur faciale unilatérale dans l'un des territoires sensitifs du nerf trijumeau (V), de caractère fulgurant, très intense, à type de brûlure ou de décharge électrique, durant quelques secondes et survenant par salves lors d'une période douloureuse. Le déclenchement habituel est lié à la stimulation d'une « zone gâchette » (lèvre supérieure, mandibule). Les crises sont entrecoupées de périodes d'accalmies, sans aucune manifestation. Une congestion de l'œil et de la muqueuse nasale peuvent apparaître durant les crises.

Diagnostic Clinique sur la topographie unilatérale limitée au territoire du V. L'évolution paroxystique et la brièveté de la crise permettent d'éliminer une douleur dentaire ou une algie vasculaire de la face. La névralgie trigéminale est le plus souvent essentielle – rôle d'une compression vasculaire du nerf trijumeau – avec une sémiologie stricte : indolence entre les accès ; « zone gâchette » présente ; examen neurologique normal ; début > 50 ans. Elle peut être symptomatique (sclérose en plaques, post-traumatique, tumorale ou vasculaire). Le rôle favorisant de l'hypertension artérielle est établi.

La névralgie du nerf glossopharyngien (IX), plus rare, affecte le territoire oropharyngé (pharynx, loge amygdalienne, base de la langue).

Objectif thérapeutique Réduire et prévenir les récidives douloureuses qui peuvent altérer profondément la qualité de vie.

➠ *La carbamazépine constitue le traitement de référence. La durée de la crise étant extrêmement brève, son traitement en phase aiguë ne se pose pas habituellement mais il faut noter que les opiacés ne sont pas efficaces dans les formes subintrantes. L'instillation de lidocaïne en spray intranasal a été proposée. Naturellement, les formes symptomatiques relèvent d'un traitement étiologique.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Recherche d'une étiologie secondaire ou d'un conflit vasculo-nerveux* par une IRM cérébrale (machine 3 Tesla de préférence).
- *Recherche de contre-indications : blocs auriculoventriculaires, porphyries hépatiques, hypoplasie médullaire.*
- *Recherche de terrains à risque : grossesse, sujets âgés, adénome prostatique, glaucome par fermeture de l'angle, insuffisances cardiaque, hépatique ou rénale.*
- *Recherche d'associations contre-indiquées : IMAO, télaprévir, voriconazole, aprépitant.*
- *Recherche d'associations déconseillées (nombreuses car inducteur enzymatique puissant) : contraception hormonale (inactivation), clozapine, isoniazide, lithium, macrolides, inhibiteurs des tyrosines kinases, praziquantel, tramadol, bocéprévir, bosentan, dabigatran, dronédarone.*
- *Recherche d'associations à prendre en compte (inducteur) : acétazolamide, acide valproïque, imipraminiques, sérotoninergiques, anticoagulants, barbituriques, ciclosporine, clonazépam, danazol, desmopressine (risque d'hyponatrémie), digoxine, éthosuximide, felbamate, felodipine, halopéridol, itraconazole, phénytoïne, procarbazine, quinidiniques, tacrolimus, théophylline, vérapamil. Contrôler systématiquement les associations.*

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

Carbamazépine 200 mg (cp sécables) : débuter à 200 mg/j en 2 prises puis, si nécessaire, augmenter par paliers de 100 mg/j tous les 5 jours jusqu'à 15 mg/kg/j au maximum, sans dépasser 1 600 mg/j. Augmenter les doses jusqu'à suppression de la douleur puis diminuer progressivement jusqu'à la plus petite dose efficace.

NB :
– l'efficacité, dans > 70 % des cas, constitue un test diagnostique (posologie médiane efficace : 600 mg/j) mais > 10 % des malades ne tolèrent pas ce médicament ;
– si les périodes douloureuses sont espacées, l'interruption du traitement peut être envisagée.

Règles hygiénodiététiques

Comme dans toutes les céphalées primaires : régularité dans les repas et le sommeil, exercice physique régulier, limiter les stress, éviter le surdosage médicamenteux, rechercher les facteurs déclenchants (alimentaires, alcool, etc.), favoriser la relaxation, le yoga voire l'hypnose.

Situations particulières

• *Toute atypie sémiologique* (douleur moins intense, douleur dans le territoire du V1, persistance d'un fond douloureux entre les accès, anomalies à l'examen clinique : hypoesthésie, V3 moteur, atteinte d'autres nerfs crâniens) impose des examens complémentaires à la recherche d'une pathologie sous-jacente.

Situations particulières (suite)

- Dans les formes résistantes à la **carbamazépine**, discussion :

– soit **baclofène 10 mg** : 5 mg matin et soir, posologie à augmenter par paliers de quelques jours jusqu'à 20 mg 3 fois/j (hors AMM) ;
– soit **gabapentine 300 mg** :
  - 300 mg le 1er jour le soir,
  - 300 mg 2 fois/j le 2e jour,
  - 300 mg 3 fois/j ensuite, voire 4 fois/j (hors AMM).

- Dans les formes rebelles invalidantes, deux interventions chirurgicales peuvent être envisagées

– l'**électrocoagulation** du ganglion de Gasser traite les douleurs de façon radicale avec des récidives possibles, mais l'opération peut être renouvelée ;
– une **intervention neurochirurgicale** pour lever un conflit vasculonerveux.

SURVEILLANCE

Clinique et biologique (hémogramme, bilan hépatique, natrémie) une fois par semaine durant le premier mois pour s'assurer de la tolérance de la carbamazépine :
– somnolence, vertiges, ataxie, diplopie, céphalées, confusion → réduction des doses ;
– baisse des lignées sanguines, hépatite, éruptions cutanées, hyponatrémie → arrêt de cette molécule.

NOTES PERSONNELLES

O

Obésité non compliquée de l'adulte

RAPPELS

Accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle résultant d'un déséquilibre entre les apports et les dépenses énergétiques, l'obésité favorise la survenue d'affections diverses en particulier le diabète de type 2, l'hypertension artérielle, les dyslipidémies, le syndrome d'apnée du sommeil et l'arthrose. En outre, elle est associée à un risque accru de certains cancers et il faut souligner le retentissement psychologique et social de la maladie.

Diagnostic Il nécessite le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC en kg/m^2), méthode simple pour estimer la masse grasse d'un individu. Selon la classification de l'OMS, on parle de surpoids si IMC > 25, d'obésité si IMC > 30 et d'obésité sévère si IMC > 35. Chez l'enfant, il faut se référer aux courbes de croissance présentes dans les carnets de santé.

Objectif thérapeutique Réduction progressive du poids et des risques correspondants tout en maintenant un équilibre psychologique et une qualité de vie satisfaisants.

➠ *Une prise en charge globale et personnalisée des patients est nécessaire car il n'y a pas de traitement standard ou de « recette miracle ». Il faut adapter une stratégie thérapeutique par étapes à la situation individuelle en soulignant qu'en raison des effets délétères de cures d'amaigrissement répétées (phénomène du yo-yo), elle doit être très rigoureuse.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Recherche d'éventuels médicaments ayant pu favoriser la prise de poids : antidépresseurs tricycliques, neuroleptiques, benzodiazépines, corticoïdes.*
- *Recherche d'une éventuelle pathologie sous jacente ou associée : hypothyroïdie, diabète, dyslipidémie, hypertension, état dépressif voire troubles psychiatriques (en particulier boulimie).*
- *Nécessité d'une enquête nutritionnelle approfondie, quantitative et qualitative, sur les habitudes alimentaires (horaires, modalités, etc.) et la consommation d'alcool.*
- *Nécessité d'une analyse du mode de vie : activités et horaires professionnels, sédentarité, activités physiques, temps passé devant la télévision ou des écrans informatiques.*
- *Recherche de contre-indications à l'orlistat : cholestase, malabsorption, grossesse, allaitement.*
- *Recherche avec l'orlistat d'associations déconseillées : acarbose, ciclosporine ou à utiliser avec précautions (malabsorption) : AVK, pravastatine, biguanides, contraceptifs oraux.*

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• *Dans un premier temps,* une restriction calorique, une activité physique accrue et un soutien personnalisé doivent être mis en place :
– une **restriction calorique équilibrée,** modérée et très prolongée consiste en une diminution de 600 kcal/j par rapport à la ration habituelle. Elle permet de réduire le poids d'environ 5 à 10 % en un an, ce qui semble médicalement raisonnable pour éviter une reprise pondérale rapide (phénomène néfaste du « yo-yo ») ;
– l'association d'une **activité physique** à un régime est plus efficace que chacun des éléments pris séparément et elle favorise le maintien de la perte de poids à long terme. Elle n'est pas forcément sportive mais il est nécessaire qu'elle soit régulière, idéalement quotidienne (30 min de marche, natation, vélo, *etc.*) et prolongée.
– un **support psychologique** prolongé, collectif (type Weight-Watchers) ou individuel (médecin, diététicien) favorise un meilleur taux de succès. Un soutien de type thérapie comportementale améliore également l'efficacité des mesures diététiques. Des thérapies familiales avec le conjoint sont également proposées.

• *Dans un deuxième temps,* en particulier si le régime a permis une perte de poids initiale mais qu'une stagnation est observée, adjonction d'un traitement pharmacologique : **orlistat 120 mg,** 1 gél. 3 fois/j au cours des repas pendant 3 mois. À cette date, le traitement sera interrompu si le patient n'a pas perdu au moins 5 % du poids initial. Supprimer la prise si un repas n'est pas pris.

Situations particulières

En cas d'obésité sévère et rebelle, surtout s'il y a des complications métaboliques, une **chirurgie bariatrique** peut être envisagée : soit

Situations particulières (suite)

anneau gastrique qui réduit la prise de nourriture, soit gastroplastie qui réduit la taille de l'estomac.

SURVEILLANCE

• Un contrôle régulier de l'adhésion aux prescriptions diététiques et d'hygiène est indispensable en s'assurant de la tolérance psychique de ces contraintes (risque de réaction dépressive).

• En cas de prise d'**orlistat**, s'assurer de la tolérance au traitement : gaz digestifs, selles abondantes et grasses, incontinence.

• D'une façon plus générale, il faut souligner qu'un amaigrissement ne se fait pas uniquement aux dépens des réserves de masse adipeuse mais entraîne également une perte de masse maigre, notamment musculaire et osseuse, quel que soit le niveau d'apport protéique, ce qui signifie que des régimes amaigrissants répétés sont délétères pour le capital osseux avec un risque accru d'ostéoporose. Par ailleurs, une reprise de poids concerne 80 % des sujets après un an et sur le plan psychologique, la dépression et la perte de l'estime de soi sont des conséquences fréquentes des échecs à répétition des régimes amaigrissants.

NOTES PERSONNELLES

O

Orgelet et chalazion

RAPPELS

Il ne faut pas confondre ces deux pathologies fréquentes et bénignes de la paupière, qui peuvent comporter des ressemblances, mais dont la prise en charge est distincte.

Diagnostic Clinique **L'orgelet est un furoncle** de la paupière centré sur le follicule pilosébacé d'un cil. C'est une infection bactérienne, le plus souvent à *Staphylococcus aureus*, qui se développe en quelques jours. La zone malade, **située sur le bord libre de la paupière** est d'abord rouge, tuméfiée et douloureuse. Puis une pointe blanche remplie de pus apparaît, provoquant une petite tuméfaction autour de la racine du cil, de la taille d'un grain d'orge. Il n'y a pas toujours de sécrétions au début. Le furoncle s'évacue spontanément au bout de quelques jours et l'orgelet guérit.

Le chalazion est un granulome inflammatoire développé autour d'une glande sébacée engorgée par une occlusion de son orifice au niveau de la partie postérieure du bord libre d'une paupière, contre le globe. La plupart du temps, il n'y a pas d'infection. Cet engorgement provoque une tuméfaction douloureuse de la paupière, **sans communication avec le bord libre**. La tuméfaction peut être visible sur le versant cutané et/ou conjonctival de la paupière. Elle peut évoluer sur une durée plus longue que l'orgelet, parfois plusieurs semaines.

Objectif thérapeutique Dans les deux cas, soulager le patient.

- Orgelet : éliminer l'infection de la paupière.

• Chalazion : libérer le canal occlus et éviter une surinfection mais un traitement antibiotique local n'est pas toujours nécessaire (soins des paupières).

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Rechercher des critères d'urgence ophtalmologique :* traumatisme oculaire, douleur violente, baisse de l'acuité visuelle, éclairs lumineux, voile noir, photophobie, hyperhémie conjonctivale qui nécessitent un avis spécialisé urgent.

• *Rechercher des facteurs de risque :* diabète, port de lentilles, frottement répété des yeux, sécheresse oculaire, certains maquillages.

• *Éliminer d'autres pathologies palpébrales :*
– dacryocystite aiguë : inflammation ± infection de la glande lacrymale supéro-externe ;
– entropion : bascule de la paupière vers la conjonctive, qui peut se compliquer de trichiasis (frottement ± douloureux des cils sur la cornée) ;
– ectropion : bascule de la paupière vers l'extérieur (sénile ou cicatricielle) qui peut entraîner un larmoiement, voire un œil rouge et douloureux ;
– tumeur palpébrale, en particulier chez le sujet âgé, bénigne (papillome, kyste lacrymal, xanthélasma) ou maligne (carcinome basocellulaire).

• *Rechercher une résistance ou une intolérance à un antibiotique local :* acide fusidique, tétracyclines, aminosides, rifamycine.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance orgelet

Pommade antibiotique pendant 5 à 7 jours : ***Rifamycine pommade 1 %*** (tube de 5 g), 1 application 3 fois/j.

Ordonnance chalazion

Pommade corticoïde + antibiotique pendant 5 à 7 jours : dexaméthasone + framycétine pommade (tube de 5 g), 1 application 2 fois/j.

Règles hygiénodiététiques

- Éviter le port de lentilles durant la période de traitement.
- Chalazion : soins de paupières, en particulier si récidives ; après humidification à l'eau chaude, massage de la paupière avec le doigt, depuis le rebord orbitaire vers le bord libre, afin de favoriser l'expulsion du contenu du chalazion par les orifices des glandes de Meibomius situés sur le bord libre.

Situations particulières

- *Dans les formes récidivantes d'orgelet ou chez des sujets à risques*, une pommade anti-staphylococcique peut être prescrite :
  - **acide fusidique gel OPH à 1 %** : 1 application 3 fois/j ;
  - ou **tobramycine pommade à 0,3 %** : 1 application 3 fois/j.
- *Si la lésion s'enkyste, aussi bien dans l'orgelet que dans le chalazion*, une incision peut être nécessaire sous anesthésie locale, soit au niveau du bord libre de la paupière, soit sur le versant conjonctival.

SURVEILLANCE

Ces pathologies palpébrales sont bénignes mais sujettes à des rechutes dont le patient doit être prévenu.

L'identification et la prise en charge de certains facteurs de risque (diabète, port de lentilles, frottement répété des yeux, sécheresse oculaire, certains maquillages) sont nécessaires.

NOTES PERSONNELLES

O

Ostéomalacie

RAPPELS

Ostéopathie fragilisante, caractérisée par un défaut de minéralisation de la matrice osseuse ostéoïde. Il existe de nombreuses causes au processus ostéomalacique : une carence calcique ou vitaminocalcique (carence d'apport en calcium, défaut d'absorption intestinale du calcium, carence en vitamine D, catabolisme exagéré de la vitamine D, défaut de synthèse de la 1-25 di-hydroxy-vitamine D, ou résistance à la 1-25 di-hydroxy-vitamine D). Un deuxième grand groupe d'ostéomalacies est lié à un déficit en phosphore conduisant à une hypophosphatémie, soit par carence d'apport, soit le plus souvent par perte rénale excessive. Enfin, l'hypophosphatasie, les sels d'aluminium et un excès de fluor peuvent être responsables d'un trouble de la minéralisation du squelette.

Diagnostic Les symptômes sont peu spécifiques : fatigue musculaire, douleurs osseuses diffuses touchant préférentiellement le bassin, douleurs rachidiennes, troubles de la marche (démarche dandinante), voire fracture vertébrale ou déformation osseuse par fissure. Le diagnostic est fait par les dosages de la calcémie et de la phosphorémie qui sont abaissés et le dosage de la 25 hydroxy-vitamine D qui est effondré (inférieur à 10 ng/mL). Les radiographies montrent des signes évocateurs : trame osseuse claire, avec notamment au niveau du bassin un aspect « flou » des sacro-iliaques, fissures et déformations osseuses dite « stries de Looser Milkmann », fractures vertébrales, déformations des os longs.

Objectif thérapeutique (N'est envisagée que l'ostéomalacie carentielle en vitamine D mais il faut bien évidemment, face à une ostéomalacie, envisager toutes les hypothèses étiologiques ci-avant avant de traiter.) Obtenir des taux normaux de 25 hydroxy-vitamine D, de l'ordre de 30, au mieux 50 ng/mL, pour voir ensuite se corriger l'hypocalcémie et l'hypophosphatémie puis, secondairement, le taux de parathormone et les phosphatases alcalines.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Éliminer toutes les autres causes d'ostéomalacie :* il est indispensable de réaliser un bilan exhaustif du métabolisme phosphocalcique.
- *S'assurer de l'absence de traitement augmentant le catabolisme de la vitamine D* (certains anticonvulsivants).
- *S'assurer de l'absence de malabsorption digestive.*

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

- **Cholécalciférol :** 200 000 unités par voie orale, en une seule prise, à répéter 1 mois plus tard et 3 mois plus tard si nécessaire.
- **Calcium :** 1 g/j pendant 3 mois.

Règles hygiénodiététiques

- Assurer un apport quotidien suffisant en produits laitiers et en eau minérale riche en calcium (Vittel®, Hépar® : 550 mg/L ; Contrexéville® : 480 mg/L).
- Recommander une activité physique régulière.
- Conseiller une exposition solaire modérée mais régulière, concernant au moins le visage et les membres supérieurs.

Situations particulières

- *En cas de malabsorption*, la substitution doit s'effectuer par voie parentérale : **cholécalciférol**, 300 000 unités par voie intramusculaire tous les 6 à 12 mois.
- *En cas de vitaminorésistance* (ostéodystrophie rénale et hémodialyse, rachitisme vitaminorésistant, hypoparathyroidie, etc.), utilisation de **25 hydroxy-cholécalciférol :** 10 à 20 gouttes à dose progressive (Utilisation possible de **1-25 hydroxy-cholécalciférol :** 0,5 à 2 µg/j avec contrôle de la calcémie tous les 3 mois en raison du risque accru d'hypercalcémie).
- *La prévention de la carence en vitamine D* chez les patients à risque (ensoleillement réduit, régime végétalien, malabsorption intestinale, insuffisance hépatique ou pancréatique, alcoolisme, etc.) doit se faire par l'apport de **cholécalciférol**, soit 400 à 1 000 unités chaque jour, soit 1 ampoule à 100 000 unités tous les 3 mois.

SURVEILLANCE

- De l'efficacité du traitement : la régression des symptômes cliniques est assez rapide, survenant dans le premier mois suivant le début du traitement. À 6 semaines, correction de la 25-OH vitamine D, de la calcémie et de la phosphorémie. Les signes radiologiques régressent dans les 3 à 6 mois qui suivent. Ultérieurement, la poursuite du traitement dépend de la cause sous jacente et de sa correction.
- De la tolérance du traitement et de l'absence d'hypercalcémie (soif, déshydratation, anorexie, nausées, polyurie, etc.) : dosage de la calcémie et de la calciurie à 6 semaines de traitement et en cas de suspicion clinique.

NOTES PERSONNELLES

O

Ostéoporose

RAPPELS

Maladie diffuse du squelette caractérisée par une diminution de la résistance osseuse responsable d'un risque accru de fracture.

Diagnostic Maladie cliniquement muette jusqu'à la survenue d'une fracture, classiquement fracture à basse énergie, soit sévère ou majeure (fracture vertébrale ou de l'extrémité supérieure du fémur ou de l'extrémité supérieure de l'humérus ou fracture du bassin ou de l'extrémité distale du fémur ou proximale du tibia, fracture de 3 côtes simultanées), soit non sévère (autre fracture). Le diagnostic est effectué par ostéodensitométrie biphotonique à rayons X : un T-score inférieur à −2,5 sur un des trois sites de mesure (rachis lombaire, col fémoral, hanche totale), permet de retenir le diagnostic d'ostéoporose à la condition *sine qua non* d'avoir écarté les autres causes d'ostéopathie fragilisante (ostéomalacie, hyperparathyroïdie, myélome, etc.).

Objectif thérapeutique Réduire le risque de fracture. L'indication d'un traitement antiostéoporotique ne repose pas sur le diagnostic d'ostéoporose mais sur celui de l'estimation du risque de fracture à 5 et 10 ans. En effet, l'ostéoporose n'est pas le seul facteur de fracture, de nombreux autres facteurs intrinsèques ou extrinsèques étant connus. En pratique, s'il existe un antécédent de fracture sévère ou des facteurs de risque d'ostéoporose ou de chute et un T-score < −3, il y a alors indication thérapeutique systématique. S'il existe des antécédents de fracture non sévère ou des facteurs de risque d'ostéoporose

ou de chute et un T-score > –3, il est recommandé d'utiliser l'outil FRAX qui fournit une estimation du risque de fracture majeure à 10 ans en fonction de l'âge, et de prendre une décision thérapeutique en fonction du risque (avis spécialisé conseillé).

➠ *La prise en charge thérapeutique fait appel à la prévention des chutes, aux apports calciques et vitaminiques D en cas d'insuffisance d'apport et au traitement spécifique antiostéoporotique : bisphosphonates, dénosumab, tériparatide (remboursé en présence d'au moins deux fractures vertébrales), ou raloxifène pour les femmes à faible risque de fracture périphérique.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *S'assurer d'un apport calcique quotidien suffisant*, équivalent à 1 200 mg par jour de calcium.

• *S'assurer d'un apport vitaminique D suffisant* permettant d'obtenir un taux sérique recommandé de 25-hydroxy-vitamine D d'au moins 30 ng/mL.

• *Recherche d'un terrain à risque :* un bilan buccodentaire est nécessaire avant un traitement par bisphosphonates ou dénosumab, pour réduire le risque d'ostéonécrose du maxillaire inférieur.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

- **Calcium 500 mg :** 1 cp/j.
- **Cholécalciférol :** 100 000 unités tous les 3 mois.
- **Acide alendronique :** 70 mg en **une seule prise une fois par semaine** à prendre en position debout ou assise, à jeun, avec un grand verre d'eau du robinet sans manger pendant les 30 minutes suivant la prise du comprimé, ni se recoucher. *Durée du traitement : 3 à 5 ans.*

Règles hygiénodiététiques

- Assurer un apport quotidien suffisant en produits laitiers et en eau minérale riche en calcium (Vittel®, Hépar® : 550 mg/L ; Contrexéville® : 480 mg/L).
- Prévenir les chutes en adaptant l'ergonomie du lieu de vie (suppression des tapis, etc.), en favorisant les programmes d'activité physique régulière, en adaptant la correction visuelle, en évitant les traitements responsables d'hypotension orthostatique et les hypnotiques.

Situations particulières

- *Voie d'administration :* le choix peut être fait d'un bisphosphonate injectable comme l'**acide zolédronique**, une perfusion intraveineuse de 5 mg, réalisée en 15 minutes au minimum et renouvelée de façon annuelle.
- *En cas de fracture récente,* il est recommandé de donner auparavant 1 dose de vitamine D : **cholécalciférol**, 100 000 unités *per os* et d'attendre au moins 2 semaines avant l'administration d'acide zolédronique.

Situations particulières (suite)

• *En deuxième intention*, **tériparatide :** une injection sous-cutanée de 20 µg quotidienne pendant 24 mois au maximum (élévation transitoire de la calcémie). Ce traitement peut être prescrit en première intention si l'on constate d'emblée plusieurs fractures vertébrales (au moins deux).

SURVEILLANCE

• *De l'efficacité du traitement :* recherche d'éventuels foyers fracturaires supplémentaires (toutes les fractures vertébrales ne sont pas symptomatiques). Contrôle de la taille du patient (toute perte de taille doit faire rechercher un nouvel épisode fracturaire vertébral), contrôle de la densitométrie osseuse après deux à trois ans de traitement. Contrôle des radiographies si doute clinique.

• *De la tolérance du traitement :* recherche de troubles digestifs (douleurs, régurgitations, dysphagie, ulcérations œsophagiennes – favorisées par la position couchée lors de la prise), de douleurs ostéomusculaires. Effectuer un bilan dentaire annuel.

NOTES PERSONNELLES

O

Otite externe

RAPPELS

Inflammation diffuse, d'origine bactérienne ou mycosique, du derme et de l'hypoderme du méat acoustique externe. De nombreux facteurs (climat chaud et humide, macération cutanée après la baignade → « otite du plongeur ») en favorisent le développement. Les bactéries fréquemment en cause sont *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* et *Pseudomonas aeruginosa*. Fréquente et bénigne chez l'adulte, elle peut être grave en cas de déficit immunitaire ou de diabète mal équilibré (otite externe maligne).

Diagnostic Clinique devant une douleur vive du canal auditif externe, d'apparition rapide, avec parfois un suintement et un œdème des parties molles. Pas d'atteinte de l'audition ni de symptômes généraux comme de la fièvre. La douleur, exacerbée par la mobilisation du pavillon, irradie dans les structures avoisinantes. L'examen otoscopique, souvent douloureux, montre une rougeur +/– un œdème. Le tympan est habituellement normal (parfois rougeur) même s'il est fréquemment recouvert de sécrétions. De petites adénopathies peuvent être présentes.

Objectif thérapeutique Soulager le patient, raccourcir l'évolution et éviter les complications infectieuses ou inflammatoires (chondrite hyperalgique).

➠ *Le traitement* est essentiellement *local, à base de gouttes antibiotiques associées à un médicament antalgique* per os *en fonction des*

douleurs. Un antibiotique per os est rarement nécessaire. Si l'évolution n'est pas favorable après quelques jours, il est utile d'effectuer un prélèvement bactériologique pour mieux cibler l'antibiotique à utiliser.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Recherche d'une perforation tympanique associée :* prise en charge spécialisée et contre-indication des aminosides.
- *Éliminer une infection virale :* varicelle, herpès → contre-indication des corticoïdes.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• *Gouttes auriculaires associant* **polymyxine B + néomycine + fluocinolone :** 3 gouttes 2 fois/j pendant 5 à 7 jours. Le flacon de 10 mL doit être préalablement tiédi dans la paume de la main pour éviter une douleur induite par un contact froid.

• **Paracétamol :** 1 g toutes les 6 heures en cas de douleurs. Ne pas dépasser 4 g/j.

Règles hygiénodiététiques

Éviter les bains pendant quelques jours pour ne pas favoriser la macération.

Situations particulières

• *L'otite externe causée par des champignons, aspergillus ou candida (otomycose) nécessite une prise en charge spécifique :*
– nettoyage du conduit, souvent répété, et examen bactérien et mycologique
– gouttes auriculaires associant **oxytétracycline + polymyxine B + dexaméthasone + nystatine :** 5 gouttes 2 fois/j pendant 15 jours. Le flacon de 10 mL doit être préalablement tiédi dans la paume de la main pour éviter une douleur induite par un contact froid.

• *Un eczéma surinfecté du conduit auditif externe* doit être traité comme une otite externe en évitant toute irritation locale (grattage, coton-tige, *etc.*).

• *Un furoncle du conduit auditif externe (otite externe localisée)* relève également d'un traitement d'otite externe en évitant tout grattage.

SURVEILLANCE

Habituellement, l'évolution est rapidement favorable mais chez les patients diabétiques ou immunodéprimés, des contrôles réguliers sont nécessaires pour s'assurer de la guérison complète de l'otite (risque accru d'otite externe nécrosante grave).

NOTES PERSONNELLES



Otite moyenne aiguë

RAPPELS

Inflammation aiguë d'origine infectieuse de la muqueuse de l'oreille moyenne. La contamination provient du rhinopharynx et des cavités nasales par la trompe d'Eustache, souvent dans les suites d'une rhinopharyngite. Fréquemment rencontrée chez l'enfant (incidence maximale entre 6 et 24 mois) et moins fréquente chez l'adulte, l'otite moyenne aiguë (OMA) a le même tableau clinique mais des formes torpides peuvent se rencontrer chez le vieillard ou le diabétique. Deux germes prédominent, le pneumocoque et *Haemophilus influenzae*. D'autres germes sont rencontrés *(Staphylococcus aureus, Moraxella catarrhalis, etc.)*.

Diagnostic Devant une otalgie avec chez le nourrisson avec pleurs, irritabilité, insomnie. L'examen otoscopique révèle un aspect congestif (tympan rosé ou rouge vif, avec conservation des reliefs du marteau) ou collecté (tympan rouge violacé, bombant, avec disparition des reliefs ± perforation tympanique). Ne pas oublier d'examiner l'autre oreille (la bilatéralité est fréquente), le nez et le pharynx. Il faut distinguer

– *l'otite aiguë purulente* qui comporte hypoacousie, fièvre et épanchement rétrotympanique ;

– *l'otite aiguë congestive*, souvent d'origine virale et post-rhinopharyngite ;

– *l'otite séromuqueuse* avec épanchement rétrotympanique mais sans inflammation marquée.

Il convient d'éliminer une otite externe, un zona auriculaire au début, une otalgie réflexe (chez l'adulte : origine pharyngée, dentaire ou articulaire).

Objectif thérapeutique Soulager le patient et éviter les complications.

➠ *L'attitude thérapeutique est dictée essentiellement par l'aspect congestif ou collecté.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Rechercher une perforation tympanique* qui contre-indique les gouttes auriculaires antalgiques et corticoïdes.
- *Rechercher une allergie aux pénicillines.*

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance de traitement curatif

• *L'OMA congestive au stade catarrhal* justifie d'un traitement simple pendant quelques jours, sous surveillance clinique et otoscopique :
– lavage des fosses nasales avec **sérum physiologique stérile à 0,9 %**, 2 à 3 fois/j ;
– antalgique/antipyrétique durant quelques jours, **paracétamol** :
- chez l'adulte : 1 g 2 à 3 fois/j (ne pas dépasser 4 g/j),
- chez l'enfant : 15 mg/kg/prise, espacées de 6 heures ;
– instillations auriculaires, surtout à visée antalgique et décongestionnante : **lidocaïne + phénazone**, 4 gouttes tiédies 2 à 3 fois/j (flacon à réchauffer dans la main durant quelques minutes avant administration) ;
– les antibiotiques locaux sont inutiles.

• *L'OMA purulente chez l'enfant* nécessite de discuter une antibiothérapie générale et/ou une paracentèse. À ce stade, AINS, corticoïdes, antibiotiques locaux auriculaires n'ont pas d'indication (contre-indiqués en cas de tympan ouvert) :
– schématiquement, deux indications de la **paracentèse** sont retenues : le nourrisson < 3 mois hyperalgique lorsque le tympan est fortement bombé et la nécessité de documentation des échecs thérapeutiques (identification bactérienne et étude de sensibilité) ;
– l'antibiothérapie (Tableau 1) :
- chez l'enfant < 2 ans, elle est recommandée d'emblée,
- chez l'enfant > 2 ans : *si la symptomatologie est peu bruyante*, l'abstention d'antibiotique est recommandée en première intention avec une réévaluation à 48-72 h ; en l'absence d'amélioration ou en cas d'aggravation, une antibiothérapie doit être instituée ; par contre, *si la symptomatologie est bruyante* (fièvre élevée, otalgie intense) *ou s'il existe des difficultés de compréhension ou de surveillance*, une antibiothérapie peut être prescrite d'emblée.

Ordonnance de traitement curatif (suite)

L'OMA purulente est traitée de façon probabiliste en ciblant le pneumocoque et *Haemophilus influenzae*. L'immense majorité des souches de pneumocoques reste sensible à l'amoxicilline mais beaucoup moins souvent aux céphalosporines orales et aux macrolides. L'amoxicilline est active sur plus de 80 % des *H. influenzae* : **amoxicilline**, 100 mg/kg/j en 2 à 3 prises quotidiennes, à privilégier en première intention. Si le temps entre les 3 prises quotidiennes ne peut être équidistant (environ 8 h), il est préférable d'administrer le produit en 2 prises. La durée de l'antibiothérapie est de 8 à 10 jours chez l'enfant < 2 ans et de 5 jours chez l'enfant > 2 ans.

Les autres antibiotiques ont un rapport bénéfice/risque moins favorable. Ils exposent soit à une efficacité moindre (cefpodoxime, érythromycine-sulfafurazole, cotrimoxazole), soit à des effets indésirables accrus (amoxicilline-acide clavulanique, cefpodoxime, érythromycine-sulfafurazole, cotrimoxazole). Ils seront réservés aux cas d'allergie vraie aux pénicillines sans allergie aux céphalosporines (cefpodoxime), en cas de contre-indication aux bêtalactamines (érythromycine, triméthroprime-sulfaméthoxazole). Le recours à la ceftriaxone en une seule injection IM en première intention doit rester exceptionnel.

- *L'OMA purulente chez l'adulte* est rare et nécessite un diagnostic de certitude. La prescription d'une antibiothérapie pour toute autre otite ou lorsque les tympans n'ont pas été vus doit être proscrite. L'amoxicilline est aussi utilisée en première intention : **amoxicilline**, 20 mg/kg/j en 2 ou 3 prises. En l'absence de données et par analogie avec le traitement de l'OMA purulente chez l'enfant > 2 ans, la durée de traitement recommandée est de 5 jours.

Ordonnance de traitement préventif

Vaccin antipneumococcique conjugué (13 valences) recommandé pour tous les nourrissons (6 à 12 mois) : 2 injections IM à un mois d'intervalle, rappel 1 an plus tard.

Situations particulières

• *En cas d'échec thérapeutique*, l'association **amoxicilline-acide clavulanique** est privilégiée :
– chez l'enfant : 80 mg/kg/j en 3 prises ;
– chez l'adulte : 1 g 3 fois/j. Un second échec implique un avis ORL pour juger de l'opportunité d'une paracentèse avec examen bactériologique.

• *Chez l'adulte, en cas d'allergie aux pénicillines sans allergie aux céphalosporines*, les céphalosporines orales, cefpodoxime ou céfuroxime-axétil ou céfotiam sont utilisées. En cas de contre-indication aux bêtalactamines (pénicillines et céphalosporines), pristinamycine ou triméthroprime-sulfaméthoxazole ou lévofloxacine sont utilisées.

SURVEILLANCE

Les complications sont rares actuellement. La paralysie faciale est la complication la plus fréquente de l'OMA chez l'adulte avec une fréquence de 5/1 000. La méningite a une fréquence de 1/10 000.

NOTES PERSONNELLES

Tableau 1 – Antibiothérapie des OMA purulentes. S : Sulfaméthoxazole ; T : Triméthoprime. NB : pristinamycine, sulfaméthoxazole-triméthoprime et lévofloxacine sont recommandés sur la base d'arguments microbiologiques.

Antibiotiques		Posologies	Durée de traitement
Bêtalactamines	**Amoxicilline (1re intention)**	• A : 3 g/j en 3 prises • E : 50-100 mg/kg/j en 2 ou 3 pr	⩽ 2 ans : 10 j ; > 2 ans : 5 j 5 j
	Céphalosporine C2G : céfuroxime	A : 500 mg/j en 2 prises	5 j
	Céphalosporine C3G : céfotiam	A . 400 mg/j en 2 prises	5 j
	Céphalosporine C3G : cefpodoxime	• A : 400 mg/j en 2 prises • E : 8 mg/kg/j en 2 prises	5 j 5 j
Sulfaméthoxazole-triméthoprime		• A : S-1 600 mg/j / T 320 mg/j en 2 prises • E : S-30 mg/kg/j / T6 mg/kg/j en 2 prises	⩽ 2 ans : 10 j , > 2 ans : 5 j 5 j
Pristinamycine		A 2 g/j en 2 prises	5 j



Oxyurose

RAPPELS

Infestation à *Enterobius vermicularis*, ver rond (nématode) intestinal cosmopolite, fréquent chez les enfants en collectivité et leur entourage. La contamination interhumaine se fait par ingestion des œufs émis dans le milieu extérieur. Les vers adultes vivent dans le caecum d'où la femelle migre et pond au niveau de la marge anale, favorisant une auto-infestation liée au grattage.

Diagnostic Suspecté cliniquement sur un prurit anal, surtout nocturne (± troubles du sommeil chez l'enfant) et/ou une vulvovaginite de la petite fille. Souvent, le portage est asymptomatique. À l'inverse, un syndrome pseudoappendiculaire peut être observé, ainsi que des épisodes de diarrhée. Les vers de 5 à 10 mm sont visibles à l'œil nu au niveau de la marge anale. La recherche des œufs réalisée le matin avant toute toilette locale permet une identification facile. Le « scotch test » permet de visualiser les œufs au microscope. Une hyperéosinophilie modérée peut être constatée.

Objectif thérapeutique

- Éradication du parasite.
- Prévenir la réinfestation.
- Éviter la transmission à l'entourage.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Recherche de contre-indications* : albendazole et flubendazole si grossesse ou allaitement (*cf.* « Situations particulières »).

• *Recherche de terrains à risque qu'il faudra traiter ou contrôler :*
– albendazole : insuffisance rénale, insuffisance hépatique ;
– flubendazole : le produit contient du saccharose.

• *Recherche d'associations déconseillées* : la cimétidine, la déxaméthasone et le praziquantel peuvent augmenter les taux plasmatiques d'albendazole. Les inducteurs enzymatiques (anticonvulsivants, rifampicine) peuvent entraîner une diminution importante des concentrations des médicaments antiparasitaires.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• **Albendazole 400 mg :** une prise unique de 1 cp pendant un repas, à renouveler après 15 jours.

[Chez l'enfant > 2 ans : 1 flacon complet de 10 mL de suspension buvable à 4 % (400 mg), en prise unique, à renouveler après 15 jours ; avant 2 ans, ½ flacon (soit 200 mg), à renouveler.]

ou

• **Flubendazole 100 mg :** une prise unique de 1 cp, à renouveler après 15 jours.

[Chez l'enfant : une cuillère-mesure de suspension buvable à 2 % (100 mg/mesure), à renouveler après 15 jours.]

Règles hygiénodiététiques

• Hygiène rigoureuse : toilette quotidienne de la région anale, brossage des ongles plusieurs fois par jour, lavage des mains. Chez l'enfant, couper les ongles très court.

• Changer régulièrement de sous-vêtements et de vêtements de nuit. Lavage soigneux de la literie.

• **Traiter tous les membres de la famille en même temps** car il est fréquent que l'infestation soit asymptomatique.

Situations particulières

• *Chez la femme enceinte*, l'albendazole et le flubendazole sont contre-indiqués au 1er trimestre. Préférer dans cette situation : **Pyrantel 125 mg,** 10 à 12 mg/kg (habituellement 6 comprimés en une seule prise pour les adultes de moins de 75 kg et 8 comprimés si poids > 75 kg), cure à renouveler après 15 jours.

Situations particulières (suite)

- *En cas d'échec ou de récidive :* **flubendazole 100 mg,** 1 cp matin et soir pendant 3 jours.

SURVEILLANCE

- De la tolérance du traitement : troubles digestifs transitoires, rashs cutanés.
- De l'efficacité du traitement : disparition de la symptomatologie et négativation du scotch-test à 3 mois.
- Du respect des règles d'hygiène.

NOTES PERSONNELLES

P

Paget (maladie osseuse de)

RAPPELS

Dystrophie osseuse focalisée liée à une stimulation anarchique du remodelage osseux, pouvant toucher un ou plusieurs os.

Diagnostic Longtemps asymptomatique, la maladie peut se manifester par un aspect déformé d'un os et/ou des douleurs osseuses, plus rarement par des complications neurologiques, articulaires (arthropathie pagétique), voire fracturaires. La dégénérescence sarcomateuse, bien que rare, est toujours à redouter. L'aspect radiologique (bassin, crâne, os longs, rachis) est évocateur : hypertrophie osseuse, ostéocondensation fibrogéodique, épaississement des corticales. Biologiquement : élévation des phosphatases alcalines traduisant l'activité ostéoblastique.

Objectif thérapeutique Réduire les symptômes cliniques, éviter l'aggravation et les complications, et normaliser le plus possible le taux de phosphatases alcalines osseuses.

➠ *Il ne faut traiter que les patients, soit symptomatiques, soit ayant une localisation à risque de complication (crâne, rachis, os longs des membres inférieurs et territoires proches d'une grosse articulation) ou soit ayant un haut niveau d'activité biologique (taux de phosphatases alcalines osseuses très élevé). Le traitement est basé sur la prise de bisphosphonates soit per os soit par voie intraveineuse.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Recherche d'un terrain à risque* : un bilan buccodentaire est nécessaire avant un traitement par bisphosphonates, pour réduire le risque d'ostéonécrose du maxillaire inférieur.

• *Recherche de contre-indications aux biphosphonates* : hypocalcémie, insuffisance rénale sévère (Cl créatinine < 35 mL/min), grossesse, calcitonine.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

1re ordonnance

• **Acide résidronique :** 30 mg en une seule prise 1 fois/j pendant 2 mois. Le comprimé doit être pris **en position debout ou assise, à jeun**, avec un grand verre d'eau du robinet sans manger pendant les 30 minutes suivant la prise du comprimé, ni se recoucher.

• **Paracétamol :** 1 g matin, midi et soir (ne pas dépasser 4 g par jour) durant les périodes douloureuses.

2e ordonnance (au choix)

• **Acide zolédronique :** une perfusion intraveineuse de 5 mg, réalisée en 15 minutes au minimum chez un patient correctement hydraté avant la perfusion.

• **Paracétamol :** 1 g *per* os 30 min avant le début de la perfusion.

• **Calcium 500 mg :** 1 cp matin et soir pendant 10 jours après la perfusion.

Le renouvellement du traitement par un biphosphonate est réservé aux patients en rechute après 12 à 18 mois.

Situations particulières

• *La calcitonine n'a plus de place thérapeutique dans la maladie de Paget* mais son usage constitue une contre-indication formelle aux bisphosphonates (risque d'hypocalcémie majeure).

• *Le recours à la chirurgie peut être nécessaire* en cas de fissure ou de fracture osseuse, ou en cas d'arthropathie pagétique nécessitant une arthroplastie.

SURVEILLANCE

• *De l'efficacité du traitement :* amélioration des symptômes cliniques après quelques semaines ; la normalisation des phosphatases alcalines osseuses est un objectif thérapeutique atteignable chez 70 à 80 % des patients. Il faut au minimum obtenir une baisse de 30 % du taux de phosphatases alcalines osseuses.

• *De la tolérance du traitement :* recherche de troubles digestifs (douleurs, régurgitations, dysphagie, ulcérations œsophagiennes – favorisées par la position couchée lors de la prise), de douleurs ostéomusculaires. Effectuer un bilan dentaire annuel.

• Un retraitement est indiqué en fonction de la symptomatologie clinique et/ou de la réascension du taux de phosphatases alcalines de plus de 30 % et/ou de la progression radiographique.

NOTES PERSONNELLES

P

Pancréatite chronique

RAPPELS

Fibrose pancréatique progressive avec perte du parenchyme exocrine puis endocrine et lésions des canaux excréteurs aboutissant à une pancréatite chronique calcifiante, une pancréatite obstructive ou une fibrose diffuse. Essentiellement liée à l'alcoolisme chronique, il existe par ailleurs quelques causes rares : hyperparathyroïdie, radiothérapie abdominale et génétiques (mucoviscidose, pancréatite chronique héréditaire).

Diagnostic clinique Devant une douleur épigastrique souvent transfixiante, irradiant dans le dos, et déclenchée par un repas riche en graisses et/ou en alcool. Les insuffisances pancréatiques exocrine et endocrine sont présentes chez un patient sur deux. La stéatorrhée apparaît lorsque le débit de lipase est effondré (< 10 %). Le diabète est une complication tardive et de traitement difficile car il y a perte simultanée d'insuline et de glucagon. Des calcifications sont présentes dans > 50 %. L'évolution est émaillée de nombreuses complications : poussées aiguës (50 %), pseudokystes (20 %), diabète (80 % après 15 ans d'évolution), maldigestion intestinale, sténoses cholédociennes ou duodénales, épanchements séreux par rupture de kyste ou fistule, hémorragies digestives.

Objectif thérapeutique Une poussée aiguë nécessite généralement une hospitalisation pour traitement de la douleur, des corrections hydroélectrolytiques et une surveillance des complications. En dehors

des poussées, correction des insuffisances pancréatiques endocrine et exocrine.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Les gélules gastrorésistantes d'extraits pancréatiques* ne doivent pas être mâchées mais il est recommandé de les ouvrir en cas de gastrectomie.
- *Le paracétamol est contre-indiqué* en cas d'hépatopathie sévère.
- *Recherche de pathologies liées au terrain éthylotabagique :* complications hépatiques et/ou neurologiques et/ou nutritionnelles de l'éthylisme chronique, cancer de l'œsophage ou ORL.
- *Recherche d'associations à prendre en compte :* attention particulière en cas de prise concomitante de paracétamol et d'inducteurs enzymatiques (risque accru d'hépatite).

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• Une assistance nutritive (entérale si possible, sinon parentérale) peut être indiquée en fonction de l'état de dénutrition.

• ***En cas de stéatorrhée,*** extraits pancréatiques gastrorésistants à prendre au milieu des trois repas à doses suffisantes + antalgique :
– **pancréatine 25 000 U :** 1 gél. au milieu des 3 repas avec un verre d'eau, posologie à augmenter si la stéatorrhée n'est pas contrôlée ;
– **paracétamol 1 g :** 1 cp à renouveler si nécessaire. Ne pas dépasser 3 g/j sans avis médical.

• ***En cas de diabète,*** un traitement insulinique est nécessaire ainsi qu'une éducation thérapeutique.

Règles hygiénodiététiques

• Au cours d'une poussée aiguë, un jeûne complet est indiqué.

• En dehors des poussées aiguës, on associe :
– la suppression totale et définitive des boissons alcoolisées (il n'y a pas de dose seuil minimale sans risque de poussée : parfois, un sirop médical comportant de l'alcool peut engendrer une crise) ;
– un régime normoprotéique et modérément hypolipidique ;
– un régime diabétique si nécessaire, adapté au poids.

Situations particulières

En cas de douleurs résistantes aux antalgiques de niveau I, possibilité de passer progressivement et avec surveillance de la tolérance aux **antalgiques de niveau II : tramadol LP 100 mg**, 1 cp 2 fois/j, dose qui peut être doublée si nécessaire ; voire aux **antalgiques de niveau III : morphine orale LP 10 mg**, 1 cp 2 fois/j, dose qui peut être augmentée si nécessaire.

SURVEILLANCE

- Des effets indésirables engendrés par les extraits pancréatiques : nausées, vomissements, diarrhée, constipation, douleurs abdominales et des réactions allergiques cutanées.
- Du sevrage alcoolique qui doit être total et définitif.
- En cas de compressions d'organes de voisinage (duodénum, voie biliaire), de pseudokystes non traitables par les méthodes non chirurgicales ou de dilatation des voies pancréatiques en amont d'une sténose provoquant des douleurs incontrôlables, un traitement chirurgical et/ou endoscopique est indiqué.

NOTES PERSONNELLES

P

Parkinson (maladie de)

RAPPELS

Neurodégénérescence d'origine indéterminée affectant les neurones dopaminergiques localisés dans la substance noire à la base du cerveau. Débutant entre 60 et 75 ans, elle atteint environ 1 % de la population > 65 ans.

Diagnostic Clinique devant trois symptômes cardinaux dont l'installation est variable, souvent insidieuse et progressive :
– un tremblement de repos, asymétrique, touchant initialement une main ou plus rarement un membre inférieur ;
– une akinésie, dans la mimique du visage et dans les gestes de la vie quotidienne, responsable de troubles de la marche (petits pas) et de maladresses avec une micrographie qui peut être révélatrice ;
– une hypertonie extrapyramidale mise en évidence par le signe de la roue dentée.
Des modifications de la parole sont également évocatrices. Des manifestations d'anxiété ou de dépression sont fréquemment observées.
L'examen neurologique est normal par ailleurs.
Une bonne réponse au traitement constitue une confirmation diagnostique.
Seuls les cas difficiles justifient des examens d'imagerie (IRM pour éliminer d'autres diagnostics, scintigraphie cérébrale [DAT Scan] pour confirmer la perte dopaminergique).

Objectif thérapeutique En l'absence de traitement curatif, contrôler le plus longtemps possible les symptômes moteurs en restaurant la

transmission dopaminergique mais le résultat est moindre sur les autres symptômes et la progression de la dégénérescence n'est pas modifiée.

➠ *Deux catégories de médicaments sont utilisables : la L-Dopa et les agonistes dopaminergiques, qui peuvent être associés à des inhibiteurs de la dégradation enzymatique de la dopamine cérébrale (inhibiteurs de la monoamine oxydase de type B et inhibiteurs de la C-O-méthytransférase qui potentialisent les effets de la L-dopa). En phase avancée, une prise en charge spécialisée est nécessaire.*

➠ *La kinésithérapie est un complément thérapeutique essentiel.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Recherche de médicaments pouvant induire un syndrome parkinsonien :* essentiellement les neuroleptiques dont certains sont « cachés », anti-nauséeux (métoclopramide, métopimazine), sédatifs (alimémazine), inhibiteurs calciques, antidépresseurs sérotoninergiques.

• *Recherche de contre-indications :*
– ropinirole (contient du lactose, excipient à effet notoire) : insuffisance rénale (ClCr < 30 mL/min), insuffisance hépatique ;
– L-Dopa : infarctus myocardique récent, pathologie cardiovasculaire décompensée, psychose, glaucome à angle fermé, ulcère évolutif.

• *Recherche d'associations contre-indiquées ou déconseillées :*
– ropirinole : neuroleptiques, alcool, sédatifs ;
– L-Dopa : IMAO, neuroleptiques, papavérine, vitamine B6 (si lévodopa seule).

• *Recherche d'associations à prendre en compte :*
– ropirinole : substrats ou inhibiteurs du CYP 1A2, œstrogènes ;
L-Dopa : baclofène, IMAO non sélectifs.

• *Identifier les terrains à risque :* troubles psychiatriques, affections cardiovasculaires sévères, hypotension orthostatique, état général médiocre.

PRESCRIPTIONS

Première ordonnance chez un sujet de 65-70 ans

• Agoniste dopaminergique en 3 prises au cours des repas → **ropirinole :**
– 0,25 mg 3 fois/j la 1re semaine ;
– 0,50 mg 3 fois/j la 2e semaine ;
– 0,75 mg 3 fois/j la 3e semaine ;
– 1 mg 3 fois/j la 4e semaine ;
– puis, par paliers de 0,5 mg/semaine, atteindre la dose optimale, variable selon les sujets, de 3 à 9 mg/j en moyenne (dose maximale : 24 mg/j).

Le suivi nécessite des consultations trimestrielles.

• *Dès que ce traitement s'avère insuffisant ou si des effets indésirables empêchent la progression posologique,* le traitement sera complété par de la L-Dopa en utilisant les doses minimales efficaces : **L-Dopa + benzérazide,** 62,5 mg/jour la 1re semaine puis augmenter par paliers de 62,5 mg chaque semaine jusqu'à la posologie optimale, de 4 fois 125 mg/jour à 3 fois 250 mg/jour.

• *Lorsque le ropirinole est administré en association à la lévodopa,* la posologie de cette dernière peut être réduite d'environ 20 %.

Kinésithérapie et règles hygiénodiététiques

• La **kinésithérapie** (hebdomadaire initialement) poursuit deux objectifs :
– solliciter les qualités du mouvement à travers des exercices actifs : amplitude, vitesse, coordination ;
– entraîner des thèmes fonctionnels spécifiques de la maladie : l'équilibre, le redressement, la respiration, l'adresse motrice, la locomotion.

Kinésithérapie et règles hygiénodiététiques (suite)

• L'**orthophonie** prend en charge la dysarthrie, les troubles de la déglutition et de l'écriture. Les prises en charge intensives, limitées dans le temps et renouvelées régulièrement (par cures) sont à privilégier.

• Une **prise en charge diététique** adaptée vise à :
– détecter les insuffisances nutritionnelles et corriger les carences ;
– prévenir la perte de poids et préserver la masse musculaire.

Situations particulières

À un stade plus évolué, après 5 à 10 ans d'évolution, lorsque des fluctuations d'efficacité du traitement (phénomène « on/off ») et des dyskinésies apparaissent, une prescription spécialisée est nécessaire, associant possiblement des **inhibiteurs de la catéchol-O-méthytransférase**.

SURVEILLANCE

• Pour détecter précocement les *effets indésirables des agonistes dopaminergiques* qui peuvent nécessiter une adaptation ou une modification thérapeutique : nausées, somnolence, hypotension orthostatique, confusion mentale, délire. Des troubles du comportement (jeu pathologique, troubles alimentaires, achats compulsifs, hypersexualité, *etc.*) peuvent affecter jusqu'à 15 % des patients. Une information sur ces troubles réversibles à la diminution ou à l'arrêt du traitement est nécessaire.

• *De l'efficacité du traitement* pour rechercher la posologie efficace la plus faible ou modifier la classe pharmacologique (IMAO sélectifs B, inhibiteurs de la catéchol-O-méthytransférase).

• Un sur risque de mélanome (× 2 à 6) chez les patients parkinsoniens justifie une surveillance spécifique.

• Cette maladie, qui entraîne une dégradation progressive, physique et mentale sur une longue période, nécessite une prise en charge multidisciplinaire (médecins, psychologue, kinésithérapeute, orthophoniste, diététicien) indispensable au maintien prolongé de l'autonomie à domicile.

NOTES PERSONNELLES

P

Pédiculose du cuir chevelu

RAPPELS

Infestation fréquente due au parasite *Pediculus humanus capitis* ou pou de tête, affectant les enfants d'âge scolaire et les sujets en situation de précarité. Les poux se disséminent par contact de la chevelure d'un autre enfant ou lors d'échanges d'habits mais *P. capitis* ne survit pas plus de 36 heures hors du cuir chevelu. Parasitose bénigne, elle est parfois rebelle en raison d'un traitement incomplet ou de ré-infestations rapides.

Diagnostic Clinique devant un prurit du cuir chevelu, le plus souvent dans les zones rétro-auriculaires et sur la nuque. Constatation de lésions croûteuses et de stries linéaires dues au grattage. Il peut s'y associer des adénopathies cervicales, surtout en cas d'impétiginisation.

Un examen minutieux sous un bon éclairage permet de visualiser des poux vivants et des lentes à la base des cheveux. Ces dernières sont fixes malgré lavages et brossages.

Objectif thérapeutique

- Éradiquer le parasite et prévenir la transmission.
- Soulager le prurit et prévenir l'impétiginisation des lésions de grattage.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- Ne doivent être traitées que les personnes chez lesquelles la pédiculose a été diagnostiquée. L'entourage ne sera traité que s'il y a infestation mais un examen attentif de tous les sujets contacts est requis.

• Les traitements préventifs, notamment par shampooings, ne sont pas efficaces.

• Le malathion, en lotion ou en aérosol, n'est plus commercialisé. À doses excessives, il pouvait provoquer des troubles neurologiques rares, mais potentiellement graves.

• La diméticone, dérivé siliconé perturbant l'hydratation des poux, est le traitement de premier choix, en raison de son efficacité et de ses effets indésirables modérés. Il peut être utilisé chez les enfants dès l'âge de six mois, les femmes enceintes et les sujets asthmatiques.

• Un peignage méticuleux et répété des cheveux à l'aide d'un peigne fin, dit « à poux » (éventuellement trempé dans du vinaigre tiède), est recommandé.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

Diméticone (Pouxit®) (différentes présentations sont disponibles : solution 4 %, gel, crème, spray, mousse, *etc.*) : la mousse doit être appliquée uniformément sur le cuir chevelu et les cheveux secs, en massant afin d'obtenir une imprégnation complète de la chevelure. Laisser sécher le produit (naturellement ou avec un sèche-cheveux) et le laisser agir pendant au moins huit heures. Une fois la mousse sèche, le rinçage des cheveux n'est pas nécessaire, il sera réalisé lors du shampooing suivant. Une irritation cutanée ou oculaire est possible.

L'opération doit être répétée après 7 jours.

Mesures d'hygiène

- **Décontaminer les objets potentiellement infestés** par un lavage à 60 °C ou par séchage au sèche-linge à forte chaleur ou par la mise en sac plastique clos durant environ 15 jours pour éliminer les lentes. En cas d'impossibilité, application d'un aérosol décontaminant (A-Part®).
- **Examen soigneux de toutes les personnes** vivant sous le même toit et ne traiter que les sujets parasités.
- L'éviction scolaire n'est pas systématique mais il convient d'informer les responsables scolaires.

Situations particulières

En cas d'échec ou de récidive, une utilisation inadéquate du produit et la réinfestation par l'entourage sont les premières causes à envisager :
– traitement et procédures sont à renouveler ;

••• *Situations particulières (suite)*

– la **perméthrine crème à 5 %** (tube de 30 g) constitue un éventuel recours en cas d'échec (à limiter chez les enfants < 24 mois et veiller à ce que la crème ne soit pas en contact avec les yeux, les muqueuses ou des plaies ouvertes) ;
– l'**ivermectine cp 3 mg** (hors AMM) : 0,4 mg/kg, en une prise unique à jeun avec de l'eau, à répéter une semaine plus tard, est à réserver aux résistances patentes après échec de toutes les stratégies pour éviter…
– … le rasage du cuir chevelu, méthode radicale et rapide.

NOTES PERSONNELLES

P

Péricardite aiguë

RAPPELS

Inflammation du péricarde potentiellement grave (risque de tamponnade, de constriction péricardique et/ou de récidive), le plus souvent idiopathique ou d'origine virale, survenant chez l'adulte jeune, lors de pics saisonniers. La survenue d'une tamponnade fait redouter une origine néoplasique ou hématologique.

Diagnostic Évoqué devant une douleur thoracique rétrosternale, irradiant dans les muscles trapèzes, variable avec la respiration et la mobilisation, ou d'une oppression thoracique avec dyspnée surtout dans un contexte de contage infectieux récent avec syndrome pseudogrippal (fébricule, myalgies, asthénie). Elle peut se présenter sous une forme « sèche » (hyperalgique avec frottement à l'auscultation cardiaque) ou « humide » (dyspnée avec épanchement). Un frottement péricardique et des signes ECG (tachycardie, sous-décalage du segment PQ, microvoltage, sus-ST concave et diffus) confortent le diagnostic. L'échocardiographie confirme l'épanchement péricardique parfois associé à un épanchement pleural (pleuropéricardite) et élimine un diagnostic différentiel (dissection aortique, cardiopathie pouvant évoquer une myocardite associée ou un syndrome de Dressler, etc.). L'IRM cardiaque est de plus en plus disponible et performante. Les examens biologiques montrent un syndrome inflammatoire (CRP, fibrinogène), éliminent une myocardite associée (élévation de la troponine I ou T). Une maladie systémique sous jacente (autoanticorps, etc.) est recherchée en cas de récidives ou de signes cliniques évocateurs (cutanés, douleurs articulaires, etc.).

Objectif thérapeutique Soulager les symptômes par un traitement anti-inflammatoire et antalgique, et réduire le risque de récidive ou d'évolution vers la tamponnade ou la constriction péricardique.

➡ *Le traitement peut être ambulatoire en l'absence de signe de gravité et lorsque les douleurs sont contrôlées par les antalgiques de niveau 1. L'aspirine à forte dose associée à la colchicine est le traitement de première intention. Dans les formes récidivantes, après avoir éliminé une maladie du système, plusieurs études ont montré l'intérêt de la colchicine au long cours, bien que celle-ci ne possède pas d'AMM dans cette indication.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Rechercher une étiologie* relevant d'un traitement spécifique (infectieuse, auto-immune, myxœdème, insuffisance rénale, etc.) ou une *cause médicamenteuse* (méthyldopa, isoniazide, phénytoïne, cyclophosphamide, 5-FU, etc.)
- *Rechercher les contre-indications et les associations déconseillées avec l'aspirine à dose anti-inflammatoire :* hypersensibilité, ulcère digestif en évolution, insuffisance hépatique ou rénale, troubles de l'hémostase, déficit en G6PD, grossesse ; anticoagulants, lithium, méthotrexate, ticlopidine, probénécide.
- *Revoir les précautions d'emploi avec l'aspirine à dose anti-inflammatoire :* ne pas associer avec d'autre AINS, prescription concomitante d'un protecteur gastrique.
- *Rechercher les contre-indications et associations contre-indiquées avec la colchicine :* insuffisance rénale ou hépatique sévère, association avec les macrolides (sauf spiramycine) et la pristinamycine.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

- **Aspirine :**
– 1 g matin, midi et soir pendant les repas, durant 15 jours ;
– puis 1 g matin et soir pendant 15 jours ;
– puis 1 g/j pendant 15 jours.
- **Colchicine cp séc.** 1 mg : ½ cp 2 fois/j (si poids < 70 kg : ½ cp une seule fois/j) pendant 3 mois.
- **Paracétamol :** 1 g 3 ou 4 fois/j (dose maximale).
- **Pantoprazole 20 mg :** 1 cp/j durant un mois.

Règles hygiénodiététiques

- **Le repos** avec arrêt des activités sportives durant 1 mois fait partie intégrante du traitement.
- Un arrêt de travail pour une durée de 3 semaines est habituelle.

Situations particulières

- *Dans les formes hyperalgiques*, le recours aux opioïdes forts peut être nécessaire sur une période courte de 3 à 5 jours. Sur ordonnance sécurisée avec identification du médecin : **sulfate de morphine à libération prolongée**, trente milligrammes matin et soir pendant trois jours puis dix milligrammes matin et soir pendant deux jours puis arrêter (la prescription doit être faite en toutes lettres).
- *En cas de formes récidivantes, de rechutes* ou dans un contexte clinique particulier, un bilan étiologique doit être réalisé pour ne pas méconnaître une maladie de système (auto-immune, inflammatoire,

Situations particulières (suite)

etc.) ou une néoplasie. Puis l'association aspirine/colchicine sera prolongée jusqu'à 6 mois. En cas d'échec, une corticothérapie sera discutée : **prednisone**, 0,25 à 0,50 mg/kg/j avec un protocole de décroissance très lente sur plusieurs mois. En milieu spécialisé, un recours à l'azathioprine ou à l'anakinra peut être envisagé.

- *En cas d'épanchement péricardique abondant*, un drainage est réalisé en cas de mauvaise tolérance hémodynamique (tamponnade) et/ou à visée diagnostique (cytologie, biochimie, bactériologie, biopsie péricardique).

SURVEILLANCE

- *De l'efficacité du traitement :* bon contrôle antalgique, régression du syndrome inflammatoire (CRP) et des signes généraux. Consultation cardiologique et contrôle échographique à 4 semaines.
- *De la tolérance du traitement :* diarrhées, nausées et vomissements.

NOTES PERSONNELLES

P

Perlèche

RAPPELS

Localisée au pli de la commissure des lèvres, la perlèche ou chéilite angulaire est une lésion fréquente, habituellement témoin d'une infection mycosique par *Candida albicans* ou d'origine streptococcique. Cependant, elle peut être un symptôme de différentes pathologies, infectieuses ou métaboliques.

Diagnostic Il est clinique devant une inflammation de la commissure labiale, avec un fond du pli rouge, macéré puis desquamatif ou croûteux, souvent entretenue par un tic de léchage. Parfois, lésion douloureuse liée à l'apparition de fissures, de rougeurs, de croûtes et de saignements.

- L'infection par *Candida albicans*, favorisée par une antibiothérapie, une corticothérapie, un diabète ou un défaut d'articulé dentaire entretenant une macération, s'accompagne volontiers d'une chéilite ou d'une glossite (langue noire ou muguet).
- Une infection par un streptocoque, plus rarement par un staphylocoque, souvent douloureuse, doit faire rechercher d'autres lésions cutanées.
- Une infection par le virus herpès est caractérisée par la présence de vésicules puis de croûtes, résolutives en quelques jours mais avec une évolution récurrente.
- Savoir évoquer une origine allergique (produits cosmétiques) ou métabolique (carence en vitamines B2, B9 ou B12 ; carence en fer ou en zinc).

• Enfin, en fonction du contexte, éliminer une origine syphilitique (phase secondaire) ou une séropositivité à VIH.

Objectif thérapeutique

• Assurer la guérison de la lésion. Si l'atteinte est limitée, un traitement local antibiotique ou antifongique est suffisant chez les patients immunocompétents.
• Corriger un éventuel déficit métabolique sous-jacent.

PRÉCAUTIONS AVANT TRAITEMENT

• Lors d'un traitement oral, éviter l'administration concomitante de pansements et topiques digestifs (ou espacement de 2 heures).
• S'assurer de l'absence d'allergie connue aux produits antibiotiques ou antifongiques.
• Les antifongiques azolés, même administrés par voie percutanée, ont une propriété d'inhibition enzymatique sur le foie et peuvent accroître l'activité de médicaments concomitants à faible marge thérapeutique, par exemple AVK → prudence et surveillance accrue.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

En cas de candidose

Il faut associer :

- ***Bifonazole crème 1 % :*** une application par jour après toilette et séchage des lésions, en massant légèrement. La crème sera appliquée durant 3 semaines, en petite quantité pour éviter la macération
- ***Amphotéricine B suspension buvable à 10 %*** suspension buvable : 2 càc matin, midi et soir, de préférence en dehors des repas (effectuer un bain de bouche pendant 1 à 2 minutes, puis avaler), pendant 3 semaines.
(Amphotéricine suspension buvable enfant/nourrisson : 50 mg/kg/j.)

En cas d' origine bactérienne (streptocoques ou staphylocoques) et en l'absence de diffusion

Un traitement local est suffisant : ***acide fusidique* crème à 2 % :** une application 3 fois/jour, après toilette et séchage des lésions durant 7 jours.

Règles hygiénodiététiques

- Ne pas utiliser de savon à pH acide favorisant les candidoses.
- Bien sécher les lésions, sans frotter, pour éviter la macération.

Situations particulières

- *Corriger si possible les facteurs favorisants :* soins dentaires, équilibre d'un diabète, interruption d'une antibiothérapie ou d'une corticothérapie.

Situations particulières (suite)

- *Corriger une éventuelle carence vitaminique.*

SURVEILLANCE

S'assurer de l'absence de sensibilisation avec apparition d'un eczéma de contact.

NOTES PERSONNELLES

P

Pityriasis versicolor

RAPPELS

Mycose cutanée superficielle due à la colonisation de la peau par une spore du genre *Malassezia*. Bénigne et fréquente, elle affecte les deux sexes, principalement les adolescents et les adultes jeunes, surtout dans un environnement chaud et humide. Elle est peu contagieuse mais son évolution est fréquemment marquée par des récidives.

Diagnostic Clinique devant des macules achromiques (principalement sur les peaux pigmentées) ou hyperchromiques, finement squameuses (signe du copeau), principalement situées au niveau du tronc et de la racine des membres. La couleur des plaques varie du jaune au brun avec un érythème discret. Tout le tégument peut être atteint avec un respect palmoplantaire.

Objectif thérapeutique Guérison clinique et éviter les récidives.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

Recherche de contre-indications au kétoconazole : intolérance connue au produit, 1er trimestre de grossesse (passage systémique très faible mais agent tératogène).

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

- **Kétoconazole 2 % gel récipient unidose 20 g :** appliquer sur toute la surface du corps, y compris le cuir chevelu (éviter le contact avec les yeux), faire mousser en insistant sur les zones atteintes, laisser agir 5 à 10 minutes puis rincer abondamment.
- Renouveler le traitement 2 à 3 fois à raison d'une fois par semaine.

Règles hygiénodiététiques

- Porter des sous-vêtements en coton.
- Éviter les saunas et les hammams.

Situations particulières

- *En cas de forme résistante*, traiter le partenaire selon le même schéma pour éviter les recontaminations précoces.
- *En cas de rechutes fréquentes*, un traitement préventif peut être proposé avec une application de kétoconazole 2 % gel récipient unidose 20 g, une application 2 fois par an au printemps et à l'automne.

SURVEILLANCE

Si le traitement est correctement effectué, la guérison est acquise mais il faut prévenir le patient que la persistance de la dépigmentation ne signifie pas l'inefficacité du traitement. En effet, une repigmentation cutanée normale ne survient qu'après 2 à 3 mois, souvent accélérée par l'exposition solaire.

P

Pneumopathie aiguë communautaire de l'adulte

RAPPELS

Infection aiguë du parenchyme pulmonaire, acquise en milieu extrahospitalier, le plus souvent d'origine bactérienne. *Streptococcus pneumoniae* reste prédominant (> 30 %); les autres bactéries sont dites « atypiques », à développement intracellulaire : *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* et *Chlamydia psittaci*, *Legionella pneumophila*. *Staphylocoque aureus* et *Haemophilus influenzae* peuvent être en cause chez le sujet âgé ou dans les pneumopathies aiguës communautaires (PAC) post-grippales. Les virus représentent un peu plus de 10 % en ambulatoire. L'incidence des PAC est multipliée par 5 après 65 ans.

Diagnostic clinique Devant fièvre > 38 °C, dyspnée, toux, accélération des fréquences respiratoire et cardiaque et râles crépitants.

Une infection pneumococcique sera suspectée devant un début brutal, une fièvre élevée d'emblée, un retentissement général, des douleurs thoraciques et bien sûr si facteur de risque d'infection pneumococcique (splénectomie, VIH, hypogammaglobulinémie). Si une radiographie thoracique est réalisée, la constatation d'une pneumopathie systématisée est très évocatrice.

À l'opposé, les pneumopathies atypiques ont un début plus progressif, parfois dans un contexte épidémique. Les signes cliniques sont souvent moins marqués d'emblée. La présence de signes extrarespiratoires (digestifs, neurologiques) et l'atteinte pulmonaire bilatérale sont évocatrices. L'échec éventuel d'un traitement par une β-lactamine doit également faire évoquer ce diagnostic.

Toutefois aucun signe clinique, radiologique ou biologique n'a de valeur discriminante suffisante pour identifier le germe en cause.

Objectif thérapeutique Soulager le patient, guérir l'infection et prévenir les complications.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Déterminer si la PAC peut être traitée en ambulatoire ou si des signes de gravité doivent conduire à une hospitalisation d'emblée.* Le score CRB 65 comporte 4 items, facilement applicables. La présence d'un critère justifie une hospitalisation.

Tableau 1 – Score CRB 65. « C » pour « confusion », « R » pour « respiratoire », « B » pour « blood pressure » et « 65 » pour « 65 ans ».

	Critères du score CRB 65	Conduite à tenir
C	Confusion	0 critère : traitement ambulatoire possible ⩾ 1 critère : évaluation à l'hôpital
R	Fréquence respiratoire ⩾ 30/min	
B	PA systolique < 90 mmHg ou PA diastolique ⩽ 60 mmHg	
65	Âge* ⩾ 65 ans	

* Pour les patients sans comorbidité, prendre en compte l'âge physiologique.

• *Des situations particulières* doivent également conduire à une hospitalisation ou à une réévaluation dans les 24-48 h pour décider du maintien à domicile ou d'une hospitalisation
– complication de la pneumonie (pleurésie/abcédation, etc.);
– contexte socioéconomique défavorable;
– inobservance thérapeutique prévisible ou isolement, en particulier chez les personnes âgées.

• *Une défaillance d'organe sous-jacente* (insuffisance cardiaque, respiratoire chronique, rénale, cirrhose hépatique), une immunodépression, un diabète, un alcoolisme chronique justifient une surveillance rapprochée.

• *Rechercher une allergie aux antibiotiques ou une association contre-indiquée. Macrolides* : carbamazépine, colchicine, théophylline, midazolam, bromocriptine, tacrolimus, disopyramide.

PRESCRIPTIONS

Le traitement d'une PAC doit être instauré dès le diagnostic porté. Il est probabiliste en priorisant *Streptococcus pneumoniae* en raison de sa fréquence et de sa gravité. La voie orale doit être privilégiée. Les tableaux 2 et 3 proposent la stratégie initiale avec réévaluation au bout de 48 h.

Il n'y a pas d'indication d'AINS ou de corticoïdes dans le traitement d'une PAC.

Tableau 2 – **Traitement antibiotique des PAC sans signe de gravité, en ambulatoire.**

Diagnostic	**Premier choix** Privilégier le traitement efficace sur *S. pneumoniae*	**Échec à 48 h**
Sujet présumé sain, sans signe de gravité		
Suspicion de pneumocoque (début brutal)	Amoxicilline	Macrolide *ou* FQAP (lévofloxacine) *ou* pristinamycine **Hospitalisation si 2e échec**
Suspicion de bactéries « atypiques »	Macrolide	Amoxicilline *ou* FQAP (lévofloxacine) *ou* pristinamycine **Hospitalisation si 2e échec**
Doute entre pneumocoque et bactéries « atypiques »	Amoxicilline ou pristinamycine	FQAP (lévofloxacine) *ou* pristinamycine **Hospitalisation si 2e échec**
Sujet avec comorbidité(s) ou sujet âgé	Amoxicilline-acide clavulanique *ou* lévofloxacine *ou* ceftriaxone	**Hospitalisation**

FQAP : fluoroquinolone antipneumococcique.

Diagnostic	Premier choix Privilégier le traitement efficace sur *S. pneumoniae*	Échec à 48 h
PAC post-grippal	Amoxicilline-acide clavulanique ou pristinamycine	**Hospitalisation**

Ordonnance en cas de suspicion de pneumocoque

- **Amoxicilline :** 50 mg/kg/j en 3 prises quotidiennes, à privilégier en première intention. La durée du traitement antibiotique doit être de 10 jours.
- **Paracétamol :** 1 g 2 à 3 fois/j (ne pas dépasser 4 g/j) pendant quelques jours.

Ordonnance en cas de suspicion de bactéries « atypiques »

Roxithromycine : 1 cp à 150 mg 2 fois/j 15 min avant les repas durant 10 jours.

Tableau 3 – **Posologie des antibiotiques pour le traitement ambulatoire des PAC.**

Classe antibiotique	Antibiotiques	Posologie
β-lactamines	Amoxicilline PO	1 g 3 fois/j 50 mg/kg/j si poids > 80 kg
	Amoxicilline-acide clavulanique PO	1 g 3 fois/j
	Ceftriaxone IV, IM ou SC	1 g/j (1 injection/j)

Tableau 3 (suite)

Classe antibiotique	Antibiotiques	Posologie
Macrolides	Érythromycine PO	1 g 3 fois/j
	Clarithromycine PO	500 mg 2 fois/j
	Josamycine PO	1 g 2 fois/j
	Roxithromycine PO	150 mg 2 fois/j
	Spiramycine PO	3 MUI 3 fois/j
Synergistine	Pristinamycine PO	3 g/j en 3 prises, au moment des repas
Fluoroquinolone antipneumo-coccique*	Lévofloxacine PO	500 mg 1 à 2 fois/j
	Moxifloxacine PO	400 mg 1 fois/j

*** La moxifloxacine est à utiliser en dernière intention, en l'absence d'alternative car elle présente un risque d'allongement du QT supérieur à celui des autres fluoroquinolones.**

SURVEILLANCE

Les PAC peuvent se compliquer d'une insuffisance respiratoire, d'un état de choc ou d'une pleurésie et *une réévaluation systématique est nécessaire à 48-72 h*. La persistance de la fièvre, une majoration de la dyspnée, une PAS < 90 mmHg, une fréquence respiratoire > 30/min, une fréquence cardiaque > 125/min, des troubles de conscience ainsi que la décompensation d'une pathologie sous-jacente imposent une hospitalisation en soins intensifs.

P

Polyarthrite rhumatoïde

RAPPELS

Rhumatisme inflammatoire chronique auto-immun.

Diagnostic Tableau clinique de polyarthrite fixe, distale et symétrique, évoluant depuis plus de 6 semaines, touchant au début préférentiellement les articulations des mains et des pieds mais pouvant toucher toutes les articulations. La polyarthrite rhumatoïde (PR) s'accompagne d'un syndrome inflammatoire biologique. Présence de facteurs rhumatoïdes ou d'anticorps citrullinés (anti-CCP ou ACPA). Signes échographiques (précoces) ou radiographiques (plus tardifs) caractéristiques.

Objectif thérapeutique

- À court terme : traiter la douleur et obtenir une rémission clinique.
- À long terme : prévenir les lésions articulaires pour assurer le maintien des fonctions articulaires et la qualité de vie.

➠ *Les antalgiques et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) permettent de soulager la douleur. En cas d'insuffisance d'efficacité, il est possible de recourir aux corticoïdes, surtout à la phase initiale de la maladie avec pour but de les utiliser à la dose la plus faible possible et sur la durée la plus courte possible. La mise en route d'un traitement immunomodulateur, ou traitement de fond, est un objectif prioritaire devant intervenir le plus précocement possible dans la stratégie thérapeutique. Le traitement de fond de référence est le méthotrexate*

per os ou sous-cutané. *La rémission clinique doit être obtenue le plus rapidement possible (dans les 3 à 6 mois au maximum), avec un DAS 28 (Disease Activity Score 28 articulations) inférieur à 2,6. Si le méthotrexate est insuffisamment efficace, il faut y associer une biothérapie (anti-TNF alpha, abatacept, tociluzimab, rituximab).*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Recherche de contre-indications* aux AINS, aux corticoïdes, au méthotrexate ou aux biothérapies, notamment pathologies infectieuses évolutives (virose, tuberculose, infections bactériennes), ulcères digestifs évolutifs, insuffisance hépatique ou rénale sévère, grossesse.

• *Recherche d'un terrain à risque :* diabète, antécédent d'ulcère digestif, tuberculose latente, sujet non à jour de ses vaccinations.

• *Recherche d'associations contre-indiquées ou déconseillées :*
– AINS · anticoagulants, lithium, méthotrexate à forte dose, ticlopidine, aspirine à forte dose ;
– méthotrexate : triméthoprime, phénytoïne, probénécide, vaccins vivants.

• *Test de grossesse préthérapeutique et contraception efficace obligatoire* durant un traitement de méthotrexate et/ou une biothérapie et les 6 mois suivant leur interruption.

• *Recherche d'un foyer infectieux*, en particulier tuberculose (test Quantiféron®), hépatites (sérologies B et C) avant mise sous biothérapie.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

- **Paracétamol :** 1 g matin, midi et soir (ne pas dépasser 4 g/jour).
- **Naproxène 550 mg :** 1 cp le soir pendant le repas.
- **Méthotrexate 2,5 mg :** 10 mg *per* os (soit 4 cp) en 1 seule prise, 1 seule fois/semaine un jour fixe qui doit être précisé (à augmenter tous les mois de 5 mg/semaine si nécessaire, jusqu'à 20 mg/semaine).
- **Acide folique 5 mg :** 1 ou 2 cp (la moitié de la dose de méthotrexate), à prendre 48 h après la prise de méthotrexate, 1 fois/semaine.

Situations particulières

En cas d'insuffisance d'efficacité du méthotrexate et des traitements symptomatiques, l'association d'une biothérapie au méthotrexate est recommandée. La prescription d'un anti-TNF est effectuée sur une « ordonnance de médicament d'exception » et par un spécialiste (prescription initiale hospitalière) : **étanercept stylo auto-injectable à 50 mg**, 1 injection sous-cutanée à 50 mg, 1 fois/semaine.

SURVEILLANCE

- *De l'efficacité du traitement* : l'évaluation clinico-biologique de la PR se fait avec un indice composite de type DAS 28. L'objectif est l'obtention d'un score DAS 28 < 2,6 synonyme de rémission, ou un DAS 28 < 3,2 synonyme d'activité faible de maladie. La surveillance de l'efficacité du traitement passe aussi par la détection de l'apparition de lésions structurales avec des radiographies et échographies articulaires. Un « contrôle serré de la maladie » permet d'obtenir à moyen et long terme des résultats bien supérieurs à ceux obtenus avec un suivi

classique. Il nécessite une consultation rhumatologique tous les deux à trois mois pour s'assurer d'un DAS 28 < 2,6 et des radiographies et échographies des mains et des pieds (voire autre articulation si nécessaire) tous les 6 mois durant les 3 premières années.

• *Des effets indésirables :*
– des antalgiques, des AINS, ou des corticoïdes : HTA, surpoids, œdèmes, hypokaliémie, diabète, amyotrophie, ostéoporose, cataracte, insomnie, infections, acné, glaucome, purpura, ulcère digestif, *etc.* ;
– du méthotrexate : risque hépatique à fortes doses et de pneumopathie interstitielle (→ interruption du traitement en cas de symptômes respiratoires). Bilan biologique mensuel comprenant NFS, VS, CRP, transaminases et créatininémie ;
– des anti-TNF : recherche de foyers infectieux en particulier tuberculose. Il est recommandé d'interrompre le traitement deux semaines avant une intervention programmée.

NOTES PERSONNELLES

P

Prostatite aiguë

RAPPELS

Inflammation aiguë de la prostate d'origine bactérienne qui affecte environ 1 % des hommes. Les cystites sont rares chez l'homme et toute infection urinaire fébrile avec signes mictionnels doit être considérée comme une prostatite.

Diagnostic Clinique habituellement facile devant un syndrome infectieux, des symptômes urinaires et des douleurs pelviennes. Une orchiépididymite peut être associée. Toucher rectal douloureux et parfois impossible à la phase aiguë. La bandelette urinaire a une valeur d'orientation (négative, une autre étiologie qu'une infection urinaire doit être recherchée). Un examen cytobactériologique urinaire (ECBU), ainsi que des hémocultures dans les formes sévères, sont recommandés en urgence avant de débuter le traitement antibiotique. Cependant, il faut noter que 25 % des ECBU peuvent être négatifs, ce qui n'élimine pas le diagnostic. Il n'y a pas d'indication du dosage des PSA à la phase aiguë en raison de l'élévation liée à l'infection.

Une échographie par voie sus-pubienne sera réalisée dans les 48 à 72 h pour éliminer un obstacle. On ne réalise pas d'échographie par voie endorectale à la phase aiguë Une IRM prostatique n'est justifiée qu'en cas d'évolution défavorable et dans le cadre d'une prise en charge hospitalière.

Objectif thérapeutique Guérir l'infection, éviter une évolution chronique et ne pas méconnaître une pathologie sous jacente.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

Rechercher une allergie aux céphalosporines et une contre-indication aux fluoroquinolones : ATCD de tendinopathie, déficit en G6PD.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• Le traitement probabiliste repose sur les céphalosporines de troisième génération par voie injectable ou une fluoroquinolone par voie orale (Tableau 1).

Tableau 1 – **Prostatite aiguë : traitement probabiliste initial.**

Classe antibiotique	Substance active	Posologie	Durée de traitement
Céphalosporines 3G	Ceftriaxone injectable (IM ou IV ou SC)	1 g 1 fois/j voire 2 g 1 fois/j	14 j à 21 j
Fluoroquinolones	Ciprofloxacine	500 à 750 mg PO 2 fois/j	14 à 21 j
	Lévofloxacine		14 à 21 j
	Ofloxacine	500 mg PO 1 fois/j 200 mg PO 2 fois/j	14 à 21 j

• Au 3e ou 4e jour, après les résultats de l'antibiogramme, un relais par voie orale sera réalisé par **fluoroquinolone** (Tableau 1).
ou

• **Sulfaméthoxazole 800-triméthoprime 160 :** 1 cp 3 fois/j.

La durée de traitement totale sera de 14 jours dans les formes faciles à éradiquer mais peut aller jusqu'à 21 jours voire plus selon le tableau clinique initial, les facteurs de risque (diabète, insuffisance hépatique, cancer, immunodépression) et l'évolution.
En raison de sa mauvaise diffusion tissulaire, l'amoxicilline n'est pas recommandée même si la bactérie est sensible.

SURVEILLANCE

- *Un ECBU est réalisé 4 à 6 semaines après la fin du traitement* pour dépister une éventuelle prostatite chronique, une rechute ou une récidive.
- À distance de l'épisode infectieux, *un bilan urologique doit être réalisé* à la recherche
  – d'une sténose urétrale et/ou d'un résidu post-mictionnel ;
  – d'un cancer de la prostate dont la prostatite aiguë peut être révélatrice.

NOTES PERSONNELLES

P

Prurit

RAPPELS

« Sensation qui provoque le besoin de se gratter », le prurit localisé ou généralisé est pathologique lorsqu'il induit des lésions de grattage.

Diagnostic Sur l'interrogatoire et l'existence de lésions cutanées non spécifiques consécutives au grattage : excoriations et stries linéaires, prurigo (papulovésicules, papules excoriées ou nodules), lichénification (peau épaissie, grisâtre recouverte d'un quadrillage). Une biopsie cutanée à visée étiologique n'est pas systématique mais une immunofluorescence directe sera réalisée chez le sujet âgé (> 75 ans) devant un prurit persistant pour éliminer une dermatose bulleuse auto-immune.

Objectif thérapeutique Faire disparaître la gêne fonctionnelle du patient.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Rechercher un prurit symptomatique d'une pathologie dermatologique* : urticaire, dermite atopique ou de contact, ectoparasitoses et piqûres d'insectes, psoriasis, dermatophytoses, lichen plan, pemphigoïde, mycosis fongoïde, mastocytose, etc.
- *Rechercher une pathologie générale.* En cas de prurit diffus sans lésions cutanées diffuses (prurit *sine materia*), une analyse des médicaments puis des examens complémentaires sont nécessaires :
  – NFS, plaquettes (hémopathie maligne ou carence martiale) ;

– CRP ou fibrinogénémie (témoins d'inflammation) ;
– γ GT, phosphatases alcalines, bilirubine totale (cholestase) ;
– créatininémie (insuffisance rénale) ;
– TSH (dysthyroïdie) ;
– sérologies VIH, VHB, VHC ;
– radiographie du thorax et échographie abdominale (hémopathie maligne).

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

Préparation magistrale ou tout autre émollient :
– glycérolé d'amidon : 30 g ;
– **Cold cream®** fluide/lait : QSP 300 mL.
1 application au moins 1 fois/j sur l'ensemble du corps (1 à 2 flacons par mois).

Règles hygiénodiététiques

- *Limiter les facteurs irritants* : antiseptiques alcooliques, dermocorticoïdes, savons acides ou parfumés, contact avec la laine.
- Privilégier des vêtements amples.
- Couper les ongles courts.

Situations particulières

- *Grossesse* : penser à la cholestase gravidique de la grossesse (prurit généralisé sévère sans lésions cutanées spécifiques, avec augmentation des transaminases et/ou des phosphatases alcalines) et aux dermatoses bulleuses auto-immunes spécifiques de la grossesse (discuter la biopsie cutanée).
- *Sujet âgé* : « prurit sénile » fréquent, lié au vieillissement et à la xérose.
- *En cas de prurit nocturne et insomniant*, un antihistaminique sédatif peut être utile le soir : **hydroxyzine 25 mg**, 2 cp au coucher.
- Penser à la gale.

P

Pseudopolyarthrite rhizomélique

RAPPELS

Ensemble de manifestations arthromyalgiques (douleurs, raideur, faiblesse musculaire) prédominant aux racines des membres, dont l'association fréquente à la maladie de Horton (*cf.* ce terme) conduit à discuter une forme clinique limitée de cette affection.

Diagnostic Clinique chez un sujet > 60 ans devant la survenue progressive de myalgies des fesses, des quadriceps, des épaules et des bras, associées à une raideur et à une impotence : impossibilité de lever les bras tendus au-dessus de l'horizontale, de se relever d'une chaise basse (signe du tabouret).
Il faut rechercher des signes associés de maladie de Horton (céphalées, artère temporale sensible, douleurs occipitales ou linguales, troubles visuels, altération de l'état général) qui peuvent apparaître tardivement ou à l'occasion d'une rechute.
Un syndrome inflammatoire biologique est habituel (fibrinogène + CRP élevés) mais il peut être modéré ou absent initialement.
Une biopsie d'artère temporale peut être positive (20 %) mais n'est généralement pas réalisée en raison de sa faible sensibilité.
L'amélioration spectaculaire des symptômes en moins de 48 h lors de l'administration de corticoïdes constitue un argument diagnostique.
Cependant, il faut garder à l'esprit les diagnostics différentiels possibles : polyarthrite rhumatoïde (atteintes périphériques), polymyosite (manifestations diffuses) et ostéose métastatique (altération de l'état général).

Objectif thérapeutique Résolution des symptômes douloureux et fonctionnels ; amélioration de l'état général ; éviter le développement d'une maladie de Horton et ses risques ; normalisation du syndrome inflammatoire.

➠ *La corticothérapie au long cours (12 à 24 mois) constitue le traitement habituel. Les AINS peuvent entraîner une amélioration symptomatique mais l'effet sur la vascularite sous jacente est moindre.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Recherche de contre-indications à la corticothérapie* (très rares) : ATCD de troubles psychiques sévères sous corticoïdes, viroses en évolution (herpès, varicelle, zona), états infectieux non contrôlés.

• *Recherche de terrains à risque qu'il faudra traiter ou contrôler* (fréquents) : diabète, ATCD d'ulcère digestif, ostéoporose, ATCD tuberculose.

• *Recherche d'associations déconseillées* : aspirine > 1 g/24 h (accroissement du risque hémorragique) ; vaccins vivants.

• *Recherche d'associations à prendre en compte* : autres médicaments hypokaliémiants, anticoagulants oraux, digitaliques, médicaments favorisant les torsades de pointe (neuroleptiques, antiarythmiques, lithium).

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• **Prednisone,** en une seule prise au petit déjeuner :
– 0,50 mg/kg/jour pendant 7 jours ;
– 0,40 mg/kg/jour pendant 7 jours ;
– 0,30 mg/kg/jour pendant 7 jours ;
– 0,20 mg/kg/jour pendant 7 jours ;
– puis, en fonction de l'évolution clinique et biologique, maintenir un plateau d'environ 10 mg/kg/jour pendant 12 mois avant d'envisager un sevrage très progressif.

• **Calcium (1 000 mg) + vitamine D3 (880 UI) :** un sachet/j dans un verre d'eau en dehors des repas, durant le traitement corticoïde.

Règles hygiénodiététiques

Régime hyposodé standard (4 g. de sel/j., soit 1 600 mg de sodium) :
– éliminer tous les plats cuisinés du commerce : traiteur, conserves ou surgelés ;
– vérifier l'étiquetage des produits alimentaires que vous consommez ;
– ne pas resaler à table.

Situations particulières

• *Ostéoporose* : chez les femmes ménopausées et les hommes à risque élevé de fractures, adjonction d'un traitement préventif de l'ostéoporose par vitamine D et diphosphonate :
– vitamine D3 : une ampoule de 100 000 UI à renouveler tous les 3 mois durant le traitement corticoïde ;
– acide zolédronique : une perfusion IV de 5 mg en 15 minutes, 1 fois/an.

Situations particulières (suite)

- *Diabète* : surveillance plus étroite de l'équilibre glycémique et renforcement du traitement oral ou passage à l'insuline si nécessaire.
- *Antécédent d'ulcère digestif* : gastroscopie et traitement anti-ulcéreux → oméprazole, 1 cp à 20 mg par jour en l'absence de lésion évolutive (en cas d'ulcère, 40 mg durant 4 à 6 semaines puis 20 mg).
- En cas de *manifestations évocatrices d'une maladie de Horton* au cours du suivi, le traitement corticoïde doit être renforcé (*cf.* fiche « Horton (maladie de) ») par voie orale ou injectable (si atteinte oculaire).

SURVEILLANCE

- *De l'efficacité du traitement* : disparition en 48 à 72 heures des manifestations cliniques et normalisation du syndrome inflammatoire → VS + CRP ou fibrinogène (+ numération globulaire initialement) à J7, J30 puis tous les 3 mois.
- *Des effets indésirables engendrés par l'hypercorticisme* : HTA, surpoids, œdèmes, diabète, syndrome cushingoïde.
- *Des effets indésirables divers de la corticothérapie* : excitation, insomnie, infections, acné, amyotrophie, ostéoporose, cataracte, glaucome, purpura, ulcère digestif.
- *Des manifestations évocatrices d'une évolution vers une maladie de Horton* : céphalées, douleurs linguales, inflammation d'une artère temporale, manifestations d'artérite périphérique, recrudescence du syndrome inflammatoire biologique.

P

Psoriasis

RAPPELS

Dermatose inflammatoire chronique (2 % de la population) qui peut débuter à tout âge avec deux pics d'incidence, l'un vers 25 ans et l'autre vers 50 ans. Des facteurs environnementaux (stress, infections, médicaments) sur un terrain génétique prédisposant sont associés au début de la maladie.

Diagnostic Il existe plusieurs formes de psoriasis et plusieurs formes peuvent coexister chez un même patient. Le psoriasis en plaques, le plus fréquent (90 %), est identifié sur la présence de plaques érythémato-squameuses bien limitées, le plus souvent symétriques, localisées au niveau des zones bastions (coudes, genoux, ombilic, région lombosacrée). Il existe des formes localisées : psoriasis palmoplantaire kératosique ou pustuleux, psoriasis unguéal, psoriasis du cuir chevelu. Il existe des formes sévères, érythrodermiques (atteinte d'au moins 90 % de la surface corporelle), pustuleuses généralisées (altération fébrile de l'état général avec des nappes érythémateuses surmontées de pustules) ainsi que l'atteinte rhumatismale spécifique. Un prélèvement histologique est réservé aux formes sévères et avant la mise sous biothérapie.

Objectif thérapeutique En l'absence de traitement curatif : réduire les symptômes et la durée d'une poussée (traitement d'attaque) et diminuer la fréquence des poussées (traitement d'entretien).

➠ *Ces objectifs, le caractère non curatif du traitement ainsi que l'évolution chronique doivent être expliqués au patient.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

Rechercher un rhumatisme psoriasique associé : douleurs axiales ou périphériques de type inflammatoire. Au moindre doute, solliciter l'avis d'un spécialiste.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance de traitement d'attaque

Calcipotriol + bétaméthasone gel : 1 application/j sur les lésions de psoriasis, sans dépasser 100 g par semaine, soit un tube de 60 g. Traitement de 8 semaines. Ne pas appliquer sur le visage ou au niveau des plis. Ne pas utiliser sous occlusion.

Ordonnance de traitement d'entretien

La prolongation du traitement peut être envisagée sous surveillance médicale (risque d'hypercalcémie).

Règles hygiénodiététiques

- Informer des effets aggravants du tabac, du stress, du grattage ou du frottement des lésions.
- Utilisation d'une crème émolliente si nécessaire.

Situations particulières

- *Atteinte du cuir chevelu :*

– **clobétasol shampooing :** 1 application (1 cuillère à café)/j sur cheveux secs, bien couvrir et masser les lésions. Laisser agir pendant 15 minutes avant de rincer (utilisation possible d'un shampooing classique). Durée de traitement de 4 semaines. Les applications peuvent être espacées en cas de réponse rapide.

ou

– **clobétasol mousse :** 1 application 2 fois par jour directement sur les plaques du cuir chevelu (pas de contact direct avec les mains) pendant 15 jours maximum, soit un flacon pressurisé de 100 g (dose maximale : 50 g/semaine).

- *Atteinte unguéale :* **clobétasol crème**, 1 application par jour sous occlusion (laisser 2 à 3 heures) pendant 4 semaines.

SURVEILLANCE

- Informer des règles d'utilisation des traitements et des effets indésirables possibles : ne pas dépasser les quantités prescrites ; appliquer les traitements sur la peau lésée et non sur peau saine pour éviter irritation et atrophie.
- En cas d'un échec au traitement bien conduit ou en cas de poussées fréquentes, un avis dermatologique est souhaitable (alternatives aux dermocorticoïdes, décision de traitement d'entretien, *etc.*).

NOTES PERSONNELLES

P

Pyélonéphrite aiguë simple ou à risque de complication sans signe de gravité

RAPPELS

La pyélonéphrite aiguë (PNA) est une infection du rein et des voies excrétrices d'origine bactérienne. Les entérobactéries sont le plus souvent en cause : *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Proteus*, *Pseudomonas*, etc. par voie rétrograde et plus rarement hématogène.

Diagnostic Suspecté devant une douleur lombaire, souvent unilatérale, associée à des frissons et une fièvre élevée. Une bandelette urinaire est positive (l'absence de leucocytes et de nitrites doit faire rechercher une autre cause à la symptomatologie) et doit faire réaliser un ECBU avec antibiogramme. Des hémocultures sont à discuter. *Une imagerie rénale et vésicale est nécessaire dans les 48 h* pour rechercher un obstacle sur les voies urinaires. En cas de PNA simple, une échographie est recommandée. Une tomodensitométrie avec injection (uro-TDM) est à discuter en première intention en cas de PNA à risque de complication car c'est l'examen le plus sensible.

Objectif thérapeutique Calmer la douleur, prévenir les complications et guérir l'infection.

➠ *La prise en charge d'une PNA peut être réalisée en ambulatoire après avoir sélectionné les patients. Une mauvaise tolérance du sepsis, une forme hyperalgique, des vomissements rendant impossible un traitement par voie orale ou l'impossibilité de réaliser le bilan en ambulatoire (ECBU, imagerie, hémocultures) conduisent à une hospitalisation.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Rechercher une allergie aux céphalosporines et à la pénicilline :* l'allergie aux pénicillines étant croisée avec celle aux céphalosporines dans 5 à 10 pour cent des cas, l'utilisation des céphalosporines doit être extrêmement prudente chez les patients pénicillosensibles ; une surveillance médicale stricte est nécessaire dès la première administration.

• *Rechercher une contre-indication aux fluoroquinolones :* allergie connue, ATCD de tendinopathie, déficit en G6PD, grossesse et allaitement, croissance non terminée. L'exposition solaire ou aux UV est contre-indiquée durant le traitement.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

Le traitement initial est probabiliste et fait appel en 1re intention à une céphalosporine de 3e génération par voie parentérale. Une alternative est possible avec une fluoroquinolone orale (Tableau 1).

Tableau 1 – **Traitement probabiliste de la pyélonéphrite aiguë simple ou à risque de complication.**

Classe antibiotique	Substance active	Posologie	Durée de traitement
Céphalosporines 3G	Ceftriaxone injectable (IM ou IV ou SC)	1 g 1 fois/j, voire 2 g 1 fois/j	7 j
Fluoroquinolones	Ciprofloxacine	500 à 750 mg PO 2 fois/j	7 j
	Lévofloxacine	500 mg PO 1 fois/j	7 j
	Ofloxacine	200 mg PO 2 fois/j	7 j

• Entre J3 et J5 selon l'évolution et après résultat de l'antibiogramme, un relais *per os* est possible (Tableau 2).

Tableau 2 – **Traitement de relais possible après obtention de l'antibiogramme dans la pyélonéphrite aiguë ou à risque de complication. SMX + TMP : sulfaméthoxazole-triméthoprime.**

Classe antibiotique	Substance active	Posologie	Durée de traitement
β-lactamines	Amoxicilline	1 g PO 3 fois/j	10 j
	Amoxicilline-ac. clavulanique	1 g PO 3 fois/j	10 j
	Céfixime	200 mg PO 2 fois/j	10 j
Sulfaméthoxazole -triméthoprime	SMX 800 mg + TMP 160 mg	1 cp PO 2 fois/j	10 j

Ordonnance (suite)

- La durée moyenne totale de traitement d'une PNA sans signe de gravité est de 10 jours (14 jours maximum) voire de 7 jours pour les fluoroquinolones ou les C3G injectables pour les PNA simples.

Situations particulières

En cas de doute sur une infection sur obstacle, un avis urologique rapide doit être demandé.

SURVEILLANCE

- *En cas de PNA simple*, il n'y a pas besoin de CBU de contrôle sauf en cas d'évolution défavorable, l'apyrexie devant être obtenu en 72 h.
- *En cas de PNA à risque de complication*, le suivi doit être clinique et biologique. Un ECBU est réalisé en cas d'échec à 72 h ou à l'arrêt du traitement en cas de PNA sur lithiase.

NOTES PERSONNELLES

Raynaud (phénomène de)

RAPPELS

Crise vasomotrice caractérisée par une ischémie paroxystique des extrémités. Le plus souvent idiopathique, en particulier chez une jeune femme, le phénomène de Raynaud peut être la première manifestation d'une vascularite, d'une connectivite, d'une artériopathie oblitérante ou d'un traumatisme localisé généralement professionnel.

Diagnostic Tableau clinique où se succèdent une phase syncopale de l'extrémité des doigts qui sont blancs, livides et froids puis une phase cyanique durant laquelle les doigts sont violacés et dysesthésiques. Favorisé par le froid et/ou l'humidité, le trouble peut intéresser les mains, les pieds mais également le nez ou les oreilles.

Rechercher une pathologie sous-jacente, en particulier si manifestations sévères, de survenue tardive, unilatérales ou compliquées de troubles trophiques, ou associées à d'autres manifestations : lésions cutanées, polyarthralgies, manifestations musculaires, *etc.*

Objectif thérapeutique Réduire la fréquence et la sévérité des crises et améliorer leur tolérance. La protection contre le froid est impérative, de même que la réduction d'autres facteurs favorisants éventuels (tabac, médicaments). Un traitement médical par des inhibiteurs calciques vasodilatateurs est réservé aux formes restant mal tolérées.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Recherche et interruption de médicaments susceptibles d'induire les crises :* bêtabloquants, dérivés de l'ergot de seigle (Gynergène®, Diergo-Spray®, dihydroergotamine), sumatriptan, clonidine, imipraminiques, interferon-α, ciclosporine, bromocriptine.
- La crise peut être précipitée par la coprescription de médicaments inhibiteurs enzymatiques du foie qui entraînent un surdosage (macrolides, antiviraux, antifongiques azolés, etc.).
- *Recherche de contre-indications aux inhibiteurs calciques :* insuffisance cardiaque, angor instable, hypotension artérielle, bradycardie, troubles de conduction intracardiaques, grossesse et allaitement.
- *Recherche de terrains à risque :* insuffisance hépatique ou rénale, sujets âgés.
- *Recherche d'associations contre-indiquées ou déconseillées :* dantrolène, ciclosporine, bêtabloquants, diltiazem et antiarythmiques.
- *Recherche d'associations à prendre en compte :* alpha-1-bloquants, inducteurs et inhibiteurs enzymatiques, jus de pamplemousse, antidépresseurs imipraminiques et neuroleptiques, baclofène, phénytoïne.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

Nifédipine LP 20 mg : 1 comprimé 1 à 2 fois/j aux repas de novembre à avril.

Règles hygiénodiététiques

- Protection soigneuse contre le froid et l'humidité : vêtements chauds et port de gants de soie et de moufles ; possibilité de gants ou de semelles chauffants.
- Interruption du tabac, qui constitue un facteur déclenchant et aggravant, et d'autres substances illicites qui possèdent souvent un effet vasoconstricteur.

Situations particulières

- *En cas de formes graves avec ischémie sévère et/ou troubles trophiques*, le patient doit être hospitalisé pour renouveler le bilan étiologique à la recherche d'une sclérodermie, d'une vascularite, d'une pathologie auto-immune ou d'un athérome sévère et la mise en place d'une perfusion continue d'**iloprost** 6 h/j pendant 7 à 28 jours : on débute la perfusion à une dose de 0,5 ng/kg/min pendant 30 minutes. Ensuite, on augmente la dose toutes les 30 minutes, par paliers de 0,5 ng/kg/min jusqu'à un maximum de 2,0 ng/kg/min. Surveillance étroite de la tension artérielle et de la tolérance clinique (céphalées, flush, érythème, agitation, tachycardie, crise d'angor, nausées, etc.) qui nécessitent souvent une réduction des doses.
- *En cas de sclérodermie et d'ulcères digitaux évolutifs*, l'administration d'un antagoniste de l'endothéline est susceptible de réduire l'apparition de nouveaux ulcères : **bosentan**, initialement 62,5 mg 2 fois/j pendant 4 semaines puis la posologie est augmentée jusqu'à la posologie d'entretien de 125 mg 2 fois/j.

SURVEILLANCE ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

• La tolérance des inhibiteurs calciques est habituellement bonne mais ils peuvent induire des œdèmes des jambes (liés à la vasodilatation et non à une rétention hydrosodée → insensibilité aux diurétiques), des céphalées, des rougeurs de la face, une hypotension artérielle.

• L'administration d'iloprost nécessite une hospitalisation pour surveiller les effets indésirables qui sont fréquents et dose-dépendants (*cf.* ci-dessus), particulièrement en cas d'antécédents coronariens, d'hypotension artérielle et d'insuffisance hépatique (réduire les doses de moitié dans ce dernier cas). Attention aux associations médicamenteuses : anticoagulants (risque hémorragique accru), IEC, autres vasodilatateurs (risque d'hypotension accru).

• Le bosentan, dont la prescription est restreinte (cardiologues, pneumologues, internistes), est responsable d'effets indésirables dose-dépendants : céphalées, bouffées de chaleur, hypertransaminasémie, œdèmes, anémie, *etc.*, qui nécessitent une surveillance régulière (clinique, NFS et transaminases) mensuelle.

NOTES PERSONNELLES

R

Rectite radique

RAPPELS

La physiopathologie des lésions radiques est complexe. Elle fait intervenir une artérite oblitérante progressive et la constitution d'une fibrose interstitielle atteignant toute l'épaisseur de la paroi rectale. Les lésions ischémiques induites sont chroniques et irréversibles. Elles affectent jusqu'à 20 % des patients, en général entre 6 et 24 mois après la radiothérapie, mais parfois au-delà de 10 ans.

Diagnostic Dans les suites d'une radiothérapie pelvienne, devant la survenue d'exonérations répétées et impérieuses, d'un ténesme, de faux besoins glaireux et surtout de saignements, parfois invalidants. L'aspect endoscopique est évocateur : muqueuse dépolie, blanchâtre et parsemée de télangiectasies, parfois congestive, friable et hémorragique au moindre contact.

Objectif thérapeutique Soulager les symptômes et arrêter les saignements.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Recherche de contre-indications générales à la corticothérapie :* ulcère gastroduodénal en évolution, état infectieux ou mycosique non contrôlé. *Contre-indications locales :* obstruction, abcès, perforation, péritonite, anastomose intestinale récente, fistule extensive.

• *Recherche de terrains à risque* : rectocolites ulcéreuses sévères en raison du risque de perforation de la paroi intestinale ; diabète ; hyper tension artérielle, ostéoporose, ATCD tuberculeux.

• *Recherche d'associations médicamenteuses à prendre en compte* : AINS, AVK, inducteurs enzymatiques qui réduisent l'efficacité (rifampicine, anticomitiaux), autres médicaments hypokaliémiants, digitaliques.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

- L'abstention thérapeutique est justifiée en cas de rectite radique hémorragique minime avec saignements rares et intermittents, sans retentissement hématologique (NFS et ferritinémie à surveiller).
- Dans les formes plus symptomatiques : **hydrocortisone en mousse rectale**, 1 application/j pendant 2 à 3 semaines, puis éventuellement 1 application 1 jour sur 2. Malade couché sur le côté. Ne jamais introduire directement le poussoir du boîtier dans l'anus.

Règles hygiénodiététiques

Adapter l'alimentation en fonction des troubles du transit générés par la rectite (réduction des fibres – légumes, fruits, pain –, du lait, des aliments gras et des boissons gazeuses), tout en évitant la constipation.

Situations particulières

En cas de rectite sévère avec saignements abondants, un traitement endoscopique peut être discuté d'emblée : électrocoagulation par plasma argon.

SURVEILLANCE

En cas d'échec des thérapeutiques précédentes, « tout est permis » pour éviter la chirurgie : corticothérapie par voie orale, vitamine A, oxygénothérapie hyperbare.

R

Reflux gastro-œsophagien

RAPPELS

Le passage à contre-sens, à travers le cardia, d'une partie du contenu gastrique dans l'œsophage, en dehors de tout effort de vomissement, recouvre différentes entités
– le reflux gastro-œsophagien (RGO) physiologique existant chez tous les sujets, essentiellement après les repas, et qui, par définition, ne s'accompagne ni de symptôme ni de lésion muqueuse œsophagienne ;
– le RGO pathologique caractérisé par des symptômes et/ou des lésions d'œsophagite. Le reflux du contenu gastrique est alors, dans la majorité des cas, anormalement fréquent et/ou prolongé.

Diagnostic Clinique devant des symptômes typiques (pyrosis et régurgitations) qui suffisent à affirmer le diagnostic. Parfois, les symptômes sont plus atypiques (brûlures épigastriques, douleurs thoraciques, toux chronique et asthme, enrouement, laryngite chronique, érosions dentaires). Enfin, certains symptômes constituent de véritables signes d'alarme (dysphagie, hématémèse, amaigrissement, anémie). Une œsogastroscopie est alors indispensable.

Objectifs thérapeutiques Soulager les symptômes, cicatriser les lésions, prévenir les récidives.

➠ *Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) sont essentiels.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Rechercher des interactions médicamenteuses avec les IPP* : atazanavir et nelfinavir (dont l'absorption est réduite de 75 %), clopidogrel (réduction de l'activité antiagrégante), les nombreux substrats du cytochrome P 2C19 (anticonvulsivants, antidépresseurs, antidiabétiques oraux, AINS, AVK [perturbations de l'INR], tamoxifène, voriconazole, etc.).
- *Les alginates entraînent une diminution de l'absorption digestive des médicaments* administrés simultanément. Par mesure de précaution, il convient de les prendre à distance des autres médicaments (2 heures).
- *Recherche de terrains à risque* : les alginates contiennent du sodium, à prendre en compte chez les patients suivant un régime hyposodé strict.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

Oméprazole 20 mg : 1 gél./j pendant 4 semaines.
Le traitement peut-être renouvelé pour de courtes périodes à la demande. Certains patients répondent à la dose de 10 mg/j et par conséquent, la posologie peut être ajustée individuellement.
Si les symptômes ne sont pas contrôlés après 4 semaines de traitement, une œsogastroscopie est nécessaire si elle n'a pas été réalisée initialement.

Règles hygiénodiététiques

- Seules la surélévation de la tête du lit et l'augmentation au-delà de 3 h de l'intervalle « dîner-coucher » ont fait la preuve de leur efficacité.
- Un surpoids est souvent associé au RGO et sa réduction pourrait améliorer les symptômes. Les repas gras ou les aliments identifiés par le patient comme aggravant les symptômes doivent être évités.

Situations particulières

- *En cas de symptômes modérés survenant de façon espacée* ou par poussées peu fréquentes : traitement par IPP intermittent ou à la demande.
- *Si les symptômes récidivent à l'arrêt du traitement* : traitement par IPP continu, à demi-dose si possible après avoir recherché la présence d'une infection par *Helicobacter pylori*.
- *Si résistance thérapeutique d'emblée* ou rechute rapide à l'arrêt du traitement chez un patient de plus de 50 ans → œsogastroscopie indispensable pour rechercher des complications (muqueuse de Barrett, sténose peptique, cancer) avec biopsies œsophagiennes

Situations particulières (suite)

étagées si dysphagie associée (recherche d'œsophagite à éosinophiles).

- *Si œsophagite peptique sévère initiale*, traitement par IPP à double dose pendant 4 semaines puis envisager un traitement continu, à demi-dose si possible.
- *Chez les patients « IPP-dépendants » ou gardant des régurgitations gênantes* sous traitement, une fundoplicature chirurgicale peut être indiquée après manométrie œsophagienne et pH-impédancemétrie.

SURVEILLANCE

- Des cas d'hypomagnésémies sévères ont été rapportés chez des patients traités par des IPP En cas de traitement prolongé ou d'association des IPP avec de la digoxine ou des diurétiques, un dosage du magnésium sanguin doit être envisagé avant puis au cours du traitement.
- Les IPP, en particulier à fortes doses et en durée prolongée (> 1 an), peuvent augmenter le risque fracturaire, principalement chez les patients âgés. Les patients présentant un autre risque d'ostéoporose doivent recevoir un apport approprié en vitamine D et en calcium (cf. fiche « Ostéoporose »)
- Un risque accru d'insuffisance rénale (aiguë et chronique) justifie une surveillance de la créatinine lors de prises au long cours.

NOTES PERSONNELLES

R

Rhinite aiguë et rhinopharyngite

RAPPELS

Infection épidémique d'origine virale (rhinovirus, coronavirus, influenzae virus, *etc.*), fréquente en automne et en hiver, la rhinite aiguë (« rhume ») affecte essentiellement l'adulte et la rhinopharyngite habituellement l'enfant.

Diagnostic Devant une atteinte des fosses nasales avec prurit, éternuement, rhinorrhée, larmoiements et/ou du rhinopharynx qui est érythémateux. L'obstruction nasale est unie ou bilatérale ou à bascule avec un écoulement parfois abondant, propre. Il s'y associe des céphalées frontales et une sensation de plénitude de la face et souvent des oreilles. Cette dissémination douloureuse s'oppose à la douleur localisée d'une sinusite maxillaire. Il y a peu ou pas de fièvre, au maximum 38 °C. La durée de l'évolution d'une rhinite aiguë est de 8 à 20 jours avec une durée et une intensité variables selon les sujets. La répétition des crises peut évoquer une participation allergique.

La rhinopharyngite de l'enfant associe, en plus d'une rhinite antérieure mucopurulente bilatérale, une rhinorrhée postérieure avec un tapis de mucus sur le pharynx qui est érythémateux et œdématié. L'aspect purulent ou mucopurulent des sécrétions nasales n'a pas valeur de surinfection bactérienne et ne justifie pas une antibiothérapie. L'ensemble s'accompagne d'adénopathies cervicales bilatérales inflammatoires et sensibles. Un examen otoscopique est nécessaire pour éliminer une otite moyenne aiguë associée.

Objectif thérapeutique Améliorer le confort du patient, réduire l'obstruction nasale.

➠ *Le traitement d'une rhinite ou d'une rhinopharyngite aiguë non compliquée doit rester symptomatique.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Rechercher une contre-indication aux vasoconstricteurs sympathomimétiques par voie locale ou générale :* HTA sévère ou mal équilibrée, coronaropathie, risque vasculaire élevé, ATCD d'AVC, ATCD de convulsions, glaucome, adénome prostatique, grossesse et allaitement.

• *Rechercher des associations déconseillées :* réserpine, bromocriptine, IMAO non sélectifs.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• Antalgique/antipyrétique durant quelques jours, **paracétamol :**
– chez l'adulte : 1 g 2 à 3 fois/j (ne pas dépasser 4 g/j);
– chez l'enfant : 15 mg/kg et par prise espacées de 6 heures.

• Lavage des fosses nasales 2 à 3 fois/j avec du **sérum physiologique stérile à 0,9 %**.

• Chez les sujets > 15 ans, en l'absence de contre-indication et si l'obstruction est invalidante, un vasoconstricteur par voie locale ou orale peut être proposé :
– **oxymétazoline + benzalkonium :** 1 pulvérisation 2 à 3 fois/j;
ou
– **pseudoéphédrine 30 mg + ibuprofène 200 mg :** 1 cp 3 fois/j.

Ne pas associer un autre décongestionnant par voie orale ou générale.

NB : il n'y a pas d'indication d'antibiotique par voie générale, dans la rhinite ou la rhinopharyngite aiguë non compliquée, chez l'adulte comme chez l'enfant. Le traitement antibiotique ne modifie pas la durée des symptômes et ne prévient pas les complications, même en présence de facteur de risque. Il expose à des effets indésirables cliniques et écologiques.

Règles hygiénodiététiques

Mouchage régulier chez l'adulte et lavage des fosses nasales chez l'enfant.

SURVEILLANCE

• Les modifications d'aspect de la rhinorrhée sont habituelles : épaississement voire aspect puriforme qui ne signent pas une infection bactérienne. La persistance d'une toux durant 10 à 20 jours est fréquente.

• Les complications sont rares et dominées par l'otite moyenne aiguë purulente chez le nourrisson et l'enfant, la sinusite aiguë purulente chez l'enfant et l'adulte, une infection respiratoire basse à tout âge. La persistance de fièvre après 3 à 5 jours ou d'autres symptômes après 15 jours nécessitent un nouvel examen clinique.

NOTES PERSONNELLES

R

Rhinite chronique

RAPPELS

Ensemble de manifestations fonctionnelles nasales évoluant de façon perannuelle avec des paroxysmes, correspondant à des pathologies variées principalement d'origine allergique ou vasomotrice, dont la fréquence est croissante (5 % de la population adulte).

Diagnostic Clinique évident devant l'association d'éternuements en salves, d'une obstruction nasale (sensation gênante de nez bouché, au repos ou pendant l'effort, et perturbant le sommeil), d'un écoulement séreux, soit antérieur (rhinorhée), soit postérieur (jetage postérieur), +/– d'un trouble de l'odorat.

• *Les formes allergiques* (possible prurit nasal) s'associent volontiers à des symptômes oculaires ou bronchiques chez des sujets atopiques connus (conjonctivite, asthme, eczéma, urticaire), avec un renforcement lors de l'exposition allergénique. Des tests cutanés d'allergie ou de provocation nasale et le dosage des IgE spécifiques sont nécessaires en cas de doute ou dans les formes handicapantes.

• *Les formes non allergiques*, dites vasomotrices mais de physiopathologie mal élucidée, sont classées selon des caractéristiques cliniques (alimentaires, médicamenteuses, hormonales, positionnelles, etc.). Mais la forme primitive ou idiopathique est la plus fréquente, croissante avec l'âge, avec le rôle de facteurs non spécifiques impliqués dans les crises (chaud, froid, facteurs climatiques, activité physique, etc.).

Les manifestations sévères peuvent être intriquées avec une sinusite, une polypose nasale, un corps étranger, une origine dentaire (bilan ORL +/– scanner) et doivent faire rechercher des pathologies rares (bilan allergologique et général) : la rhinite non allergique à éosinophiles (NARES), une granulomatose avec polyangéite (ex maladie de Wegener) ou une pathologie maligne (rhinorhée sanglante).

Objectif thérapeutique

- Réduire les symptômes incommodants.
- Contrôler au mieux les mécanismes physiopathologiques sous-jacents.

➨ *Dans la rhinite allergique :* éviction des allergènes, antihistaminiques per os ou locaux et glucocorticoïdes nasaux. Dans les formes sévères, les antileucotriènes sont indiqués.

➨ *Dans les rhinites non allergiques :* irrigations salines, ipratropium en spray nasal (anticholinergique), antihistaminiques et glucocorticoïdes nasaux. Les vasoconstricteurs, topiques ou systémiques, doivent être limités à quelques jours en raison des risques associés, cardiaques notamment (*cf.* Fiche « Rhinite aiguë»).

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Rechercher des médicaments ou des aliments susceptibles d'induire une rhinite :* décongestionnants nasaux (dérivés de l'oxymétazoline et de la phényléphrine), aspirine et aux autres AINS, alphabloquants, inhibiteurs de l'acétylcholinestérase, inhibiteurs de la PDE5. Dans l'alimentation, rôle de l'histamine, de la tyramine, de la sérotonine (chocolat, alcools, caféine, théobromine, sulfites (E 220 à E 228).
- *Rechercher des contre-indications ou associations déconseillées :*

– antihistaminiques *per os* : grossesse, insuffisance rénale et/ou hépatique, médicaments favorisant les torsades de pointes, allongement de QT, antiprotéases, bétahistine, alcool ;
– corticoïdes nasaux : infection, épistaxis ;

– ipratropium : grossesse, infection, médicaments atropiniques (risque accru de rétention urinaire, de glaucome aigu, *etc.*) ;
– vasoconstricteurs : grossesse, âge < 15 ans, athérome +/– HTA sévères, ATCD convulsions, IMAO non sélectifs, réserpine ;
– montelukast : inducteurs du CYP 3A4 (réduction d'effet).

- *Recherche de terrains à risques* : conducteurs (effets sédatifs), ATCD cardiaques ou vasculaires, enfants < 15 ans, grossesse.

- Chez les malades souffrant de rhinite allergique persistante :

– *recherche d'un asthme* (interrogatoire, EFR avec test de réversibilité) ;
– *recherche des allergènes en cause* (acariens, animaux, moisissures, pollens, environnement, rarement trophallergènes, *etc.*) dont l'éviction constitue une mesure indispensable.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance dans les rhinites allergiques

- **Fluticasone + azélastine** en flacon pressurisé : 1 pulvérisation durant 5 secondes 2 fois/j dans chaque narine après mouchage (agitation préalable du flacon pendant 5 secondes) (à partir de 12 ans).
- Un antihistaminique par voie orale peut être associé durant une à deux semaines : **desloratadine 5 mg,** 1 cp le soir (à partir de 12 ans).
- *En cas de rhinorhée invalidante*, un vasoconstricteur peut être associé durant quelques jours : **oxymétazoline + benzalkonium** en flacon pressurisé, 1 pulvérisation 2 à 3 fois/j (limité à 5 jours et chez l'enfant à partir de 15 ans).

Ordonnance dans les rhinites non allergiques

- **Sérum physiologique à usage nasal** (préparation officinale de NaCl stérile à 0,9 %) : instillation dans chaque narine matin et soir au moment des poussées.
- **Ipratropium nasal en flacon pulvérisateur à 0,03 % :** 2 bouffées (soit 42 µg) 2 à 3 fois/j dans chaque narine après mouchage (à partir de 15 ans).
- Un antihistaminique par voie orale peut être associé durant une à deux semaines : **desloratadine 5 mg,** 1 cp le soir (à partir de 12 ans).
- *En cas de rhinorhée invalidante*, un vasoconstricteur peut être associé durant quelques jours : **oxymétazoline + benzalkonium** en flacon pressurisé, 1 pulvérisation 2 à 3 fois/j (limité à 5 jours et chez l'enfant à partir de 15 ans).

Ordonnance dans les rhinites non allergiques (suite)

Règles hygiénodiététiques

• L'interruption d'un éventuel tabagisme et la pratique régulière d'une activité physique sont recommandées.

• *En cas de rhinite allergique*, il faut essayer d'éviter l'allergène dans l'environnement : éliminer les acariens ; éviter les tissus muraux, les tentures, les moquettes ; les animaux domestiques ne sont pas recommandés.

Situations particulières

• *Dans les rhinites allergiques sévères* (souvent associées à un asthme) :
– un traitement antileucotriènes est justifié : **montelukast** 5 mg, 2 cp en une prise le soir au coucher (chez l'enfant de 6 à 14 ans : 5 mg/j seulement). L'effet thérapeutique se manifeste rapidement (< 2 jours). En cas d'inefficacité, ne pas prolonger au-delà de 4 semaines ;
– une désensibilisation (ou immunothérapie spécifique) par voie injectable ou sublinguale est le seul traitement susceptible de modifier le terrain atopique mais il suppose l'identification d'allergènes en petit nombre et bien validés (contre-indication pendant la grossesse sauf poursuite d'un traitement bien toléré ; possible chez l'enfant à partir de 5 ans) ;
– une cure thermale est susceptible d'assurer un meilleur contrôle de l'environnement.

• *Chez les sportifs*, nécessité de contrôler la liste actualisée des produits considérés comme dopants.

SURVEILLANCE

Il s'agit par définition de pathologies chroniques évoluant au long cours avec des exacerbations.

• Après la première mise en place du traitement, une surveillance entre 2 et 4 semaines permettra d'identifier *d'éventuels effets indésirables* : irritation rhinopharyngée, sécheresse nasale, céphalées, manifestations anticholinergiques (palpitations, troubles de l'accommodation, troubles urinaires, constipation, *etc.*) et d'adapter les prescriptions.

• Au long cours, les sujets connaissent le traitement. Il faut s'attacher à éviter une *dépendance médicamenteuse excessive* et à identifier les *facteurs déclenchants* (réalisation d'un calendrier de surveillance des poussées). Dans les formes handicapantes, une prise en charge pluridisciplinaire (ORL, allergologue) est nécessaire.

NOTES PERSONNELLES

R

Rosacée

RAPPELS

Dermatose faciale inflammatoire chronique d'étiologie inconnue associant des facteurs vasculaires et immunologiques. Prédominance féminine, de 40 à 50 ans.

Diagnostic Clinique devant une dermatose centrofaciale avec atteinte préférentielle des zones convexes du visage (joues, menton et nez) et des lésions cutanées polymorphes
– érythème et bouffées vasomotrices paroxystiques isolées (phase 1) ou associées à des lésions érythématotélangiectasiques fixes (érythrose faciale et télangiectasies) (phase 2) ;
– lésions papulopustuleuses sans comédons (phase 3) ;
– lésions hypertrophiques (rhinophyma, essentiellement masculin) (phase 4).
Un même patient ne présente pas systématiquement toutes les phases successives.

Objectif thérapeutique Obtenir une rémission clinique et faire disparaitre la gêne fonctionnelle du patient, éviter les récidives.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Éliminer un diagnostic différentiel :* rosacée cortico-induite (application locale mais également générale), à rechercher devant des lésions cutanées atypiques par leurs localisations (périorificielles) ; lupus

érythémateux : habituellement absence de bouffées vasomotrices (en cas de doute biopsie) ; acné (lésions rétentionnelles – comédons, microkystes et kystes – absentes dans la rosacée).

- *Absence de contre-indications aux tétracyclines* : allergie, insuffisance hépatique ou rénale, grossesse ; association contre-indiquée aux rétinoïdes et aux psoralènes ; précautions particulières : AVK, atovaquone.
- Expliquer au patient le caractère seulement suspensif du traitement.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance devant une forme mineure (phase 2 ou 3 peu inflammatoire)

Métronidazole émulsion : 1 à 2 applications/j en continu.

Prévenir le patient de la sensation de « picotement » au début du traitement lors de l'application du métronidazole. Éviter l'exposition solaire ou aux UV. Éviter le contact avec les yeux (se laver les mains après l'application).

Ordonnance devant une forme majeure (phase 3)

- **Doxycycline :** 1 cp à 100 mg le soir au cours du repas pendant 4 à 12 semaines.
- **Métronidazole émulsion :** 2 applications/j pendant la poussée puis relais par 1 application/j en continu.

Règles hygiénodiététiques

- Toilette à l'eau tiède puis application d'émollient. Éviter les topiques gras et les fonds de teint occlusifs.
- Pas de dermocorticoïde.
- En raison des risques de photosensibilisation avec les tétracyclines, éviter toute exposition directe au soleil et aux UV. L'apparition d'un érythème doit faire suspendre le traitement.

Situations particulières

- *Rosacée télangiectasique* : réalisation par un spécialiste de laser vasculaire ou d'électrocoagulation.
- *Rosacée hypertrophique (rhinophyma)* : réalisation par un spécialiste de laser CO_2 ou indication chirurgicale.
- *Rosacée oculaire* pouvant précéder ou succéder à une forme cutanée : à évoquer devant un syndrome sec, des conjonctivites, blépharites, ulcères sclérocornéens et kératites évoluant par poussées. Un avis spécialisé est recommandé.

SURVEILLANCE

- Tolérance du métronidazole topique qui est irritatif : en cas de sensations de brûlures ou d'érythème, espacer les doses 1 fois/j voire 1 fois tous les 2 jours en réaugmentant progressivement la posologie.
- Efficacité du traitement habituellement bonne mais risque de récidive à l'arrêt qui peut justifier la poursuite au long cours du métronidazole en émulsion.

NOTES PERSONNELLES

S

Schizophrénie

RAPPELS

Psychose chronique qui atteint l'adulte jeune et qui concerne 1 % de la population générale.

Diagnostic Devant un tableau associant de manière variable des symptômes positifs (délire, hallucinations), des symptômes négatifs (retrait, apragmatisme), une désorganisation de la pensée (illogisme, paralogisme) et des troubles cognitifs (troubles mnésiques, attentionnels et exécutifs).

Objectif thérapeutique Amélioration des symptômes, amélioration de l'*insight* (prise de conscience de la maladie), potentialisation des capacités cognitives préservées, qualité de vie satisfaisante et réinsertion socioprofessionnelle.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Recherche de contre-indications aux neuroleptiques :* syndrome du QT congénital (contrôle de l'ECG).
- *Recherche de terrains à risque :* dyslipidémie ou diabète (risque accru de syndrome métabolique), contrôle du poids, du périmètre abdominal, bilan lipidique et glycémie.
- *Recherche d'associations déconseillées :* autres traitements allongeant le QT.

• *Recherche d'associations à prendre en compte* : anticholinergiques, antihistaminiques, prodopaminergiques, lithium, méthadone, buprénorphine, benzodiazépines.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• **Rispéridone 4 mg :** ½ cp le premier soir, soit 2 mg, puis augmentation progressive de la posologie par paliers de 2 mg (dose maximale : 16 mg/j). Favoriser la prise unique pour améliorer l'observance.
Ce traitement antipsychotique constitue ensuite le traitement de fond.
ou

• **Olanzapine** en une seule prise le soir : J1 10 mg le soir puis J2 15 mg le soir.
Ces posologies sont données à titre indicatif et doivent être ajustées à la réponse clinique dans le souci de la prescription de la dose minimale efficace. Ce traitement est prescrit au long cours.

Règles hygiénodiététiques

• *Consommation de cannabis à proscrire* (facteur favorisant les symptômes), tabagisme et consommation d'alcool fortement déconseillés.

• Suppression des aliments riches en sucres rapides et/ou graisses (sucre pur, confitures, sodas, gâteaux, charcuterie, frites, etc.). Ne pas accroître l'apport calorique entre les repas (risque de prise de poids par grignotage).

• Rythme de vie régulier, en particulier qualité du sommeil. Activité physique régulière.

Situations particulières

• *En cas de symptômes négatifs prédominants* (ou de syndrome métabolique) : **aripiprazole 10 mg**, 10 à 30 mg/j le matin.

Situations particulières (suite)

- *En cas de symptômes dépressifs associés :* **quétiapine LP 300 mg**, 1 cp le soir (majorer à 600 mg/j si absence de réponse clinique).
- *En cas de résistance au traitement :* **clozapine**, 600 mg/j (surveillance de la NFS hebdomadaire pendant 18 semaines ; puis surveillance mensuelle au long cours car risque d'agranulocytose).
- *En cas d'angoisse sévère, d'agressivité ou d'agitation*, associer un psychotrope sédatif :
  – **cyamémazine 100 mg :** 100 à 300 mg/j ;
  ou
  – **lorazépam 2,5 mg :** 2,5 à 7,5 mg/j.
- *En cas de mauvaise observance*, administration par voie IM d'un antipsychotique à action prolongée : **palipéridone**, 25 à 150 mg tous les 28 jours.
- *En cas de dyskinésies aigues*, les correcteurs anticholinergiques ne doivent être utilisés que très ponctuellement en raison de leur effet délétère sur la cognition : **trihexyphénidyle LP 5 mg**, 1 cp/j.

SURVEILLANCE

- *De l'efficacité du traitement :* amélioration des symptômes, qualité de vie satisfaisante, rapport positif entre le bénéfice du traitement et les effets indésirables.
- *Des effets indésirables neurologiques :* akathisie, rigidité extrapyramidale, dyskinésies, etc.
- *Des effets indésirables métaboliques :* prise de poids, diabète, dyslipidémie (changer d'antipsychotique si l'IMC augmente de plus de 1 kg/m^2), etc.
- *Des effets indésirables endocriniens :* hyperprolactinémie, hyponatrémie (sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique-SIADH possible).

MESURES COMPLÉMENTAIRES

- Éducation thérapeutique : amélioration de la connaissance de la maladie et des traitements (amélioration de l'*insight*).
- Remédiation cognitive : amélioration du fonctionnement neurocognitif et/ou de la cognition sociale.
- Thérapie cognitivocomportementale : efficacité sur les symptômes positifs, notamment les hallucinations.
- Prise en charge des familles : éducation thérapeutique, thérapie systémique.

NOTES PERSONNELLES

S

Sécheresse buccale ou xérostomie

RAPPELS

Liée à un déficit de production salivaire, la xérostomie est un symptôme fréquent et parfois invalidant, en particulier chez les sujets âgés.

Diagnostic Aisé chez un patient qui se plaint « d'une bouche sèche » qui peut entraîner des troubles de l'élocution et/ou de la déglutition, une intolérance des prothèses dentaires, une malnutrition et une perte de poids, voire des troubles du sommeil et une altération de la qualité de vie.

Il faut rechercher la responsabilité d'un médicament, une sécheresse oculaire associée (syndrome de Gougerot-Sjögren), une langue dépapillée (carences, en particulier en B12), une langue noire ou une chéilite (surinfection mycosique), des ATCD ORL (radiothérapie), une pathologie générale (neurologique, sarcoïdose, infections VIH, VHC, EBV) mais le trouble reste souvent inexpliqué (rôle de l'anxiété et atrophie des glandes salivaires avec l'âge).

Objectif thérapeutique Soulager le symptôme, réduire les troubles fonctionnels associés et prendre en charge une éventuelle cause sous-jacente. Les agents parasympathomimétiques accroissent la production salivaire.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Rechercher un médicament responsable* par ses propriétés anticholinergiques ou sympathomimétiques : atropine, scopolamine, antidépresseurs tricycliques, antihistaminiques, benzodiazépines, bêtabloquants, neuroleptiques, antiparkinsoniens, codéine, antispasmodiques, antidiarrhéiques, antihypertenseurs, etc.

• *Rechercher une contre-indication aux parasympathomimétiques* : asthme mal contrôlé, glaucome par fermeture de l'angle (examen ophtalmologique préalable au traitement), iridocyclite, grossesse (risque de contractions) et allaitement.

• *Recherche de terrains à risques* qu'il faudra surveiller : patients déshydratés, bronchopneumopathie chronique (accroissement des sécrétions bronchiques), affections cardiovasculaires (bradycardie, ralentissement de la conduction, troubles du rythme), ulcère peptique (acidité gastrique), lithiase biliaire, insuffisance rénale ou hépatique, troubles psychiatriques ou cognitifs (excitation), conducteurs et utilisateurs de machines (gêne visuelle).

• *Recherche d'associations à prendre en compte* : anticholinergiques (antagonisme), médicaments bradycardisants ou favorisant les torsades de pointe (antiarythmiques en particulier bêtabloquants, neuroleptiques en particulier phénothiazines).

• *L'utilisation d'antifongiques azolés* engendre une inhibition enzymatique qui accroît les taux circulants de médicaments co-prescrits → risque de surdosage en cas de marge étroite : AVK, ciclosporine, névirapine, phénytoïne, sulfamides hypoglycémiants, rifabutine, tacrolimus.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• **Pilocarpine orale 5 mg :** débuter par 1 cp à 5 mg à prendre avec un verre d'eau au moment des repas. Cette dose peut être augmentée progressivement jusqu'à l'obtention d'une posologie efficace (posologie maximale : 1 cp 4 fois/jour).
En l'absence d'amélioration après 3 mois, le traitement sera interrompu.
• **Artisial® flacon de 100 mL :** 1 pulvérisation buccale 4 à 8 fois/jour.

Règles hygiénodiététiques

• Ne pas dormir dans une chambre surchauffée et utiliser un humidificateur.
• Mâcher des gommes sans sucre qui stimulent la production de salive.
• Éviter la consommation d'aliments épicés, de caféine, d'alcool et de tabac.
• Assurer une hydratation suffisante (1 500 mL d'urines/24 h).

Situations particulières

• *Dans les xérostomies post-radiothérapiques*, la posologie de pilocarpine peut être portée à 10 mg 3 fois/jour après plusieurs semaines si la tolérance est bonne.
• *En cas de surinfection candidosique :* **fungizone suspension buvable 10 %,** 1 cuillère à café (500 mg) 3 à 4 fois/j en dehors des repas. Effectuer un bain de bouche avec la solution qui sera ensuite déglutie. **NB :** le traitement doit être poursuivi pendant 3 semaines pour assurer l'éradication du champignon (même si l'amélioration est plus rapide).

SURVEILLANCE

- Des effets indésirables parasympathomimétiques : hypersudation, frissons, céphalées, nausées, rhinite, pollakiurie, diarrhée, sensations vertigineuses, vision floue. Mal tolérés, ils nécessitent une réduction des doses quotidiennes.
- Interrompre le traitement en l'absence d'amélioration après 3 mois.

NOTES PERSONNELLES

S

Sécheresse cutanée ou xérose

RAPPELS

La sècheresse cutanée permanente, appelée xérose, résulte d'un déséquilibre du système hydrolipidique (eau/sébum) qui protège physiologiquement la peau. Elle peut être un symptôme d'une maladie dermatologique ou générale, ou bien être favorisée par certains phototypes, ou encore déclenchée par des facteurs environnementaux. Le vieillissement cutané entraîne une peau plus fine et plus sèche.

Diagnostic Clinique devant une peau sèche, rêche et qui s'écaille. L'épiderme se craquelle, rougit et des démangeaisons peuvent apparaître. La fonction barrière de la peau étant perturbée, cette dernière devient plus sensible à la pollution, aux allergènes et aux agents pathogènes. Un psoriasis, un eczéma craquelé ou un eczéma de contact peuvent apparaître.

Les maladies dermatologiques chroniques (dermatite atopique, ichtyose) nécessitent une prise en charge spécialisée.

Les formes liées à des facteurs extérieurs, à certains phototypes ou à un trait génétique relèvent d'un traitement symptomatique.

Objectif thérapeutique

- Améliorer voire normaliser l'aspect cutané en appliquant une crème émolliente associant composants hydratants et humectants.
- Améliorer le confort avec une peau plus souple et non prurigineuse.
- Prévenir ou traiter les complications : démangeaisons, eczéma, surinfection favorisée par le grattage.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Rechercher une maladie dermatologique :*
– dermatite atopique (âge de survenue précoce, terrain familial, lésions du visage chez le nourrisson, cou, plis des coudes, poignets et arrière des genoux chez l'enfant et l'adulte) ;
– ichtyose (âge de survenue précoce et aspect caractéristique d'érythème craquelé et squameux sur l'ensemble du tégument).

• *Rechercher une maladie générale :* diabète, maladie hépatique ou rénale.

• *Identifier des phototypes favorisants :* peaux rousses ou très claires.

• *Rechercher des facteurs favorisants externes :* chaleur ou froid intense, exposition solaire prolongée, douches ou bains excessifs, préparations cutanées asséchantes, savons agressifs, produits professionnels caustiques (restauration, bâtiment, coiffure) qui conduisent à des mesures de prévention spécifiques.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• Toilette à l'eau tiède matin et soir avec un **savon sans savon** : pain ou gel dermatologique ou syndet *(synthetic detergent)*.

• Suivie d'un massage doux avec un émollient associant un composant hydratant surgras comme la vaseline, la paraffine ou la lanoline, qui augmente la teneur en eau de la peau, et une substance hygroscopique (humectant) comme le glycérol ou le sorbitol, qui lie l'eau à la couche cornée. Différents cérats, baumes ou crèmes sont proposés, par exemple :
– **crème émolliente** associant : glycérol à 15 % + vaseline à 8 % + paraffine liquide à 2 % (**Dexatopia®** tube 250 g) ;

ou
– **cérat de Galien** associant : cire blanche d'abeille à 13 % + huile d'amande douce à 53,50 % + eau de rose à 33 % + borate de sodium à 0,50 % (tube de 100 mL ou pot 500 mL),

à passer 2 fois/j en massant doucement avec un produit réchauffé en mains.

Mesures générales complémentaires

• Protection solaire par des crèmes écrans adaptées au phototype et à l'intensité de l'ensoleillement.

• Éviter l'exposition au tabac.

• Éviter les lainages et les textiles synthétiques à grosses fibres à même le corps et privilégier le coton et le lin.

Situations particulières

• La *xérose sénile* est très fréquente (> 55 % après 65 ans) avec un risque de prurit et d'eczéma. Elle nécessite des soins d'hygiène les

••• *Situations particulières (suite)*

moins agressifs possibles (savons ultra-doux, non détergents, à pH neutre et contenant des émollients) et l'hydratation de la peau avec un émollient (à base de glycérine, de vaseline ou de crème à l'urée). La nutrition doit veiller à l'apport en acides gras essentiels et aux apports hydriques.

- La survenue d'un eczéma ± *surinfecté* conduit à utiliser :
  - un antiseptique, par exemple : **Cytéal®** solution moussante (fl. 250 mL) ou **héxamidine solution** en spray (75 mL) ;
  - + un dermocorticoïde durant une brève période : **bétaméthasone dipropionate 0,05 %** crème.

NOTES PERSONNELLES

S

Sécheresse oculaire

RAPPELS

La sensation d'œil sec, parfois passagère, peut être prolongée et même invalidante. Plus fréquente chez la femme, habituellement bilatérale, sa fréquence augmente avec l'âge. Elle nécessite de rechercher une cause favorisante, de déceler une complication et de soulager le malade.

Diagnostic Clinique devant des picotements, des brûlures cornéennes, une sensation de « grains de sable dans les yeux » ou de corps étranger, symptômes aggravés par certaines conditions d'environnement (climatisation, vent, pollution, écran d'ordinateur, fumée).

L'hyposécrétion lacrymale (xérophtalmie), souvent associée à une sécheresse salivaire (xérostomie), peut être objectivée par « le test de Schirmer » : mesure de la progression lacrymale sur une bandelette de buvard graduée placée dans le cul-de sac conjonctival inférieur ; sensibilité et spécificité de 80 % environ.

La sécheresse peut être liée à :
– la prise de certains médicaments (*cf.* ci-après);
– un « syndrome sec » de Gougerot-Sjögren, infiltration lymphocytaire des glandes exocrines, primitive ou compliquant d'autres maladies auto-immunes ;
– certaines maladies générales (*cf.* ci-après);
– souvent idiopathique, elle est due à un défaut de production de larmes lié à l'atrophie des glandes lacrymales avec l'âge.

Objectif thérapeutique

- Soulager la gêne fonctionnelle par des « larmes artificielles » et/ou de la pilocarpine stimulant la sécrétion, voire la mise en place d'un bouchon lacrymal.
- Prévenir et/ou traiter une kératoconjonctive sèche voire un ulcère de cornée.
- Corriger si possible les causes sous-jacentes.

L'intensité du traitement et la nécessité d'une prise en charge spécialisée dépendent de la sévérité des troubles.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Rechercher la prise d'un médicament responsable :* anticholinergiques, benzodiazépines, antidépresseurs, neuroleptiques, antihistaminiques, bêtabloquants, antiparkinsoniens, diurétiques, *etc.*
- *Rechercher une maladie auto-immune sous-jacente :* syndrome de Gougerot-Sjögren, polyarthrite rhumatoïde, lupus érythémateux disséminé, sclérodermie, connectivite mixte, thyroïdite, *etc.*
- *Rechercher une maladie générale évolutive :* diabète, sarcoïdose, infections virales (VIH, VHC).
- *Retrait de lentilles cornéennes* qui favorisent la kératite.
- *Recherche de contre-indications à la pilocarpine :* asthme, glaucome par fermeture de l'angle, iridocyclite, grossesse. Un examen ophtalmologique préalable avec FO est recommandé.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance pour le déficit lacrymal

• Collyres et gels substitutifs de haute viscosité dont le temps de rétention court impose des instillations fréquentes : **Optive Fusion®**, 1 goutte 3 à 6 fois/24 h, dans le cul de sac conjonctival inférieur. Éviter le contact de l'embout avec l'œil. Ce traitement symptomatique doit être régulier et prolongé.

• **Pilocarpine 5 mg :** 1 cp 3 fois/24 h au cours des repas. Effet maximal après quelques semaines, qui reste modéré.

Règles hygiénodiététiques

• Éviter le port de lentilles durant les poussées.

• Assurer une hydratation abondante (au moins 1,5 L de boisson/24 h).

• Humidifier l'atmosphère environnante et réduire les facteurs aggravants (tabac, climatisation, exposition aux écrans, etc.)

Situations particulières

• *Les formes sévères compliquées de kératite* justifient une prise en charge spécialisée pour établir un score de gravité et envisager des prescriptions complémentaires :

- **Théalose®:** 1 goutte 3 à 6 fois/24 h (prescription par un ophtalmologiste après diagnostic de kératite ou de kératoconjonctivite sèche, notamment par un test colorimétrique réalisé à la lampe à fente) ;
- **vitamine A pommade OPH :** 2 à 3 applications/24 h ;
- en cas de crise, courte cure de corticoïdes locaux : **déxaméthasone collyre,** 1 goutte 3 à 6 fois/24 h ;

••• *Situations particulières (suite)*

- la **ciclosporine en collyre** est réservée aux kératites sévères et résistantes ; elle nécessite une surveillance spécialisée régulière ;
- mise en place de **bouchons méatiques** pour favoriser la rétention lacrymale ;
- port de **lunettes obturantes à chambre humide,** éventuellement teintées, permettant de protéger l'œil des agressions environnementales et de maintenir une hygrométrie correcte.

• *Le syndrome de Gougerot-Sjögren* nécessite un diagnostic précoce permettant de limiter les complications par un traitement symptomatique, anti-inflammatoire et immunomodulateur.

SURVEILLANCE

S'agissant d'une pathologie chronique dont le contrôle est imparfait, la surveillance est importante en raison du risque de lésions cornéennes ou de surinfection mais elle est difficile (mauvaise observance). Elle nécessite d'expliquer au malade l'importance des facteurs environnementaux, d'une thérapeutique régulière et des signes d'alerte devant conduire à consulter (rougeur conjonctivale, douleurs oculaires, altération de l'acuité visuelle).

NOTES PERSONNELLES

S

Sécheresse vaginale

RAPPELS

Affectant près d'une femme sur six, la sécheresse vaginale peut survenir à tout moment de la vie, mais plus fréquemment après la ménopause où la prévalence peut atteindre 50 %, en conséquence de l'hypoestrogénie. Cette dernière entraîne, en plus de la baisse du flux sanguin vaginal et de la sécheresse vaginale, un amincissement de l'épithélium, une baisse de l'élasticité, une élévation du pH et une perturbation de la flore vaginale. D'autres situations d'hypoestrogénie peuvent être en cause, comme l'allaitement, les traitements entraînant une insuffisance ovarienne transitoire ou définitive (chimiothérapies, etc.), les traitements hormonaux hypoestrogéniants.

Diagnostic Clinique devant une dyspareunie, un prurit, une irritation ou une sensation de brûlure, des métrorragies post-coïtales liées à l'atrophie, et parfois un inconfort permanent. À l'examen peuvent être constatés des signes d'atrophie vulvovaginale : diminution des reliefs vulvaires, pâleur et finesse des muqueuses. Les reliefs des parois vaginales et du col peuvent également s'estomper.

Objectif thérapeutique Améliorer la lubrification vaginale, restaurer la flore et le pH vaginaux, et augmenter la résistance de l'épithélium vaginal aux infections et aux inflammations.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Éliminer les diagnostics différentiels pouvant être responsables de prurit vulvaire et de gêne locale :* certaines dermatoses vulvovaginales (en particulier le lichen), des lésions précancéreuses vulvaires et le cancer vulvaire peuvent se manifester par une symptomatologie proche, associée à une rougeur vulvaire, des zones épaissies, des ulcérations. En cas de doute diagnostique, une biopsie doit être envisagée.
- *Traitement des infections vaginales associées,* favorisées par le déséquilibre du pH vaginal.
- *Éliminer une contre-indication relative aux œstrogènes locaux :* antécédent de cancer hormonodépendant (en particulier sein ou endomètre).

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• *Œstrogènes locaux par voie vaginale :* **promestriène (capsule gynécologique)** ou **estriol 0,5 mg (ovule),** 1 capsule ou 1 ovule vaginal/j pendant 1 à 3 semaines (jusqu'à régression des symptômes), suivi d'un traitement d'entretien à 1 capsule vaginale (ou ovule) 2 fois par semaine.

• *Œstrogènes locaux sous forme de crème à appliquer sur la vulve :* **promestriène** ou **estriol 0,1 % crème gynécologique,** 1 application/j pendant 1 à 3 semaines (jusqu'à régression des symptômes), suivi d'un traitement d'entretien à 1 application 2 fois/semaine.

NB : il n'est pas nécessaire d'associer un progestatif dans ce contexte de traitement par œstrogènes à action locale.

Règles hygiénodiététiques

• Associer l'utilisation d'un lubrifiant vaginal (Replens® 12 unidoses) (à base d'eau ou de silicone) au moment des rapports sexuels : de durée d'efficacité courte, leur but est de réduire les dyspareunies.

• Éviter l'utilisation locale de produits irritants (savons, parfums, etc.) et les toilettes trop fréquentes.

• L'utilisation de crèmes cicatrisantes ou apaisantes sur la vulve peut faciliter la régression des symptômes.

Situations particulières

• *En cas d'antécédent de cancer hormono-dépendant* (sécheresse vaginale favorisée par la fragilisation des muqueuses suite à la chimiothérapie, par l'insuffisance ovarienne transitoire ou définitive post-chimiothérapie et par l'hormonothérapie) : du fait d'un

Situations particulières (suite)

possible passage systémique des œstrogènes locaux, on prescrira en première intention un traitement non hormonal. Des traitements locaux non hormonaux contenant un polycarbophile ou de l'acide hyaluronique peuvent permettre une réduction de la gêne liée à la sécheresse vaginale. Leur utilisation doit être régulière (en règle générale 2 fois/semaine). Leur efficacité semble cependant inférieure à celle des traitements contenant des œstrogènes locaux : en cas d'échec, un œstrogène local pourra se discuter au cas par cas. On privilégiera alors un traitement au promestriène (*cf.* ci-avant), dont l'absorption semble particulièrement faible.

- *En cas de syndrome climatérique associé*, un traitement hormonal de la ménopause (THM) systémique peut être envisagé. Néanmoins, sous THM systémique, 10 à 20 % des femmes présentent toujours une symptomatologie vulvovaginale. Un traitement par œstrogènes locaux peut alors être associé à un THM systémique.
- *Dans les situations hors ménopause*, la sécheresse vaginale se résout souvent spontanément lorsque les taux d'œstradiol circulant se normalisent.

SURVEILLANCE

- Surveillance clinique : amélioration de la symptomatologie et de l'atrophie à l'examen. Le traitement par œstrogènes locaux ne modifie pas les modalités de la surveillance gynécologique classique.
- Surveillance clinique mammaire et gynécologique annuelle, frottis cervicovaginal tous les 3 ans, mammographie bilatérale tous les deux ans entre 50 et 74 ans.
- En cas de survenue de métrorragies, interrompre le traitement avant d'avoir pu établir un diagnostic.

S

Sevrage alcoolique

RAPPELS

L'alcoolisme est défini comme une perte de contrôle vis-à-vis de l'alcool avec persistance d'une consommation excessive en dépit des conséquences négatives. La distorsion de la perception de l'alcool et le déni des alcoolisations sont constants.

Diagnostic D'un syndrome de sevrage chez un sujet interrompant brutalement sa consommation d'alcool qui développe hyperactivité neurovégétative (sudation, élévation du rythme cardiaque), tremblements, insomnie, vomissements, hallucinations ou illusions visuelles transitoires, anxiété avec agitation voire crise comitiale. Au maximum, tableau de *delirium tremens* : grand état d'agitation confuso-onirique avec pronostic vital engagé (déshydratation intra- et extracellulaire, cétonurie, acidose métabolique et hypokaliémie). C'est une urgence thérapeutique.

Objectif thérapeutique Prévention de la déshydratation, des troubles du comportement et de la comitialité; aide au sevrage en urgence et instauration d'un suivi au long cours pour la prévention des rechutes.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- Il n'y a aucune contre-indication au sevrage alcoolique mais, chez les patients gros consommateurs, la survenue possible d'un *delirium tremens* nécessite un sevrage en milieu hospitalier.
- *Recherche de terrains à risque* qu'il faudra traiter ou contrôler : épilepsie, insuffisance hépatique (surtout si TP < 50 % et/ou ascite et/ou ictère), insuffisance respiratoire, intoxication massive et ancienne, antécédents d'accidents de sevrage, fréquence des signes de sevrage, patient alcoolisé, polyaddictions.
- *Recherche d'associations à prendre en compte :* benzodiazépines, anticonvulsivants, diurétiques, laxatifs, traitements hépatotoxiques, traitements abaissant le seuil épileptogène.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

- **Hydratation orale** (au moins 3 L/24 h).
- **Vitamines B_1 (250 mg) + B6 (35 mg) :** 1 cp 3 fois/j.
- **Diazépam 5 mg :** J1 6 cp, soit 30 mg ; J2 5 cp puis diminution progressive d'un comprimé par jour jusqu'à arrêt (à J6). Ne pas prolonger l'administration de benzodiazépines (risque de dépendance).

Règles hygiénodiététiques (au long cours)

- Éviter les situations à risque de rechute.
- Rythme de vie régulier, pratique d'une activité physique.
- Éviter le tabagisme.

Situations particulières

- *En cas de symptômes sévères de sevrage*, hospitalisation indispensable et **vitaminothérapie injectable systématique** afin de prévenir d'éventuelles lésions cérébrales carentielles favorisées par l'administration de glucose :

– **vitamine B_1 injectable 500 mg + vitamine B_6 injectable 250 mg** dans 125 mL de sérum salé isotonique à 0,9 % : une perfusion à passer en 30 minutes matin et soir pendant 7 jours ;

– **diazépam injectable :** 5 à 10 mg IV, à répéter toutes les heures jusqu'à l'obtention de la sédation désirée (objectif patient somnolent réveillable). Une surveillance étroite est nécessaire : conscience, fréquences respiratoire et cardiaque, oxymétrie, température, PA. Il faut absolument éviter un surdosage (chute tensionnelle, hypotonie musculaire, dépression respiratoire), qui nécessiterait l'utilisation de l'antidote des benzodiazépines :

Situations particulières (suite)

flumazénil, 0,3 mg par voie IV en 15 secondes puis titration par voie IV en milieu de soins intensifs, de manière à recouvrer un état ou le patient est réveillable.

• *En cas d'insuffisance hépatique et/ou respiratoire sévère* : ne pas administrer systématiquement de benzodiazépines, adapter la prescription en fonction de la surveillance clinique.

• *D'autres déficits vitaminiques* sont souvent associés, à corriger également durant quelques semaines
– vitamine PP ou B3 (pellagre) : **vitamine PP 500**, 2 cp/j ;
– vitamine C (scorbut) : **vitamine C 1 g**, 1 cp/j ;
– vitamine D (ostéoporomalacie) : **vitamine D_2, solution huileuse**, 1 ampoule buvable de 600 000 unités tous les 15 jours à 4 reprises.

SURVEILLANCE

• *De l'efficacité du traitement* : disparition rapide des symptômes de sevrage.

• Le sevrage alcoolique doit s'effectuer sous surveillance médicale. Des antécédents d'accidents de sevrage, une insuffisance hépatique, une épilepsie, un mauvais état général rendent nécessaire l'hospitalisation (risque vital).

MESURES COMPLÉMENTAIRES APRÈS SEVRAGE

• Entretiens motivationnels pour maintenir l'abstinence (ne pas stigmatiser les rechutes).

• Thérapie cognitivocomportementale centrée autour de la prévention du *craving* (envie irrépressible de consommer) et de la gestion du stress.

• Traitements réducteurs d'appétence (prescription pour 3 mois puis arrêt progressif) :
– **acamprosate :** 2 cp matin, midi et soir, à distance des repas. Contre-indication si insuffisance rénale ; non recommandé si insuffisance hépatique sévère ;
ou
– **naltrexone :** 1 cp/j. Contre-indications : insuffisance hépatique et/ou rénale, dépendance aux opiacés, grossesse et allaitement ;
– **baclofène** 40 mg : débuter à 10 mg matin et soir pendant 3 jours. Cette dose sera augmentée par paliers de 10 mg dans les 3 ou 4 jours sans dépasser 80 mg par jour. Effets indésirables : somnolence, asthénie, vertiges, insomnie. Le traitement peut être initié sans phase préalable de sevrage alcoolique, l'objectif étant la réduction de la consommation d'alcool (≤ 40 / j chez l'homme et ≤ 30 / j chez la femme).

NOTES PERSONNELLES

S

Sevrage d'une dépendance aux opiacés

RAPPELS

Les opiacés sont consommés *per* os, fumés, inhalés ou injectés. On compte environ 160 000 héroïnomanes en France dont la moitié suivent un traitement substitutif. Actuellement, la consommation s'intègre plutôt dans le cadre d'une polytoxicomanie. Les complications sont nombreuses : infectieuses (VIH, hépatite C, endocardites), neurologiques (convulsions), psychiatriques (troubles anxiodépressifs) et sociojudiciaires (vol, prostitution, incarcérations, *etc.*). L'overdose est une urgence thérapeutique qui engage le pronostic vital.

Objectif thérapeutique Aide au sevrage, contrôle des rechutes, aide à la resocialisation. Un bon partenariat médecin/pharmacien aide à la qualité du sevrage. Une prise en charge pluridisciplinaire est nécessaire et les aspects sanitaires sont au premier plan (usage de Stéribox®, trousse de réduction des risques destinée aux usagers de drogues par voie injectable).

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Recherche de contre-indications* : il n'y a aucune contre-indication au sevrage des opiacés mais l'association des produits de substitution est contre-indiquée avec les benzodiazépines et les traitements morphiniques, ainsi qu'avec les IMAO et la naltrexone. De plus, la buprénorphine ne doit pas être associée à la méthadone.

• *Recherche de terrains à risque* qu'il faudra traiter ou contrôler : épilepsie, insuffisance hépatique, insuffisance respiratoire, intoxication massive et ancienne, alcoolisme, polyaddiction, consommation par voie veineuse, marginalisation, séropositivité pour le VIH et/ou l'hépatite C. La substitution est possible durant la grossesse.

• *Recherche d'associations à prendre en compte :* anticonvulsivants, antipsychotiques, antidépresseurs, traitements hépatotoxiques, traitements dépresseurs respiratoires, thérapie antirétrovirale.

• Nécessité d'une *information sur les risques liés au mésusage* (injections) des produits de substitution.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

La prescription de buprénorphine impose une ordonnance sécurisée, une rédaction de la posologie en toutes lettres et une durée maximale de 28 jours, sans mention de renouvellement.

- **Buprénorphine (Subutex®) 0,4 mg :** usage sublingual en une prise le matin, au moins quatre heures après la dernière prise d'opiacés.

Posologie à adapter en fonction de la sévérité de l'intoxication (maximum : 2 mg/j lors de la première prise) puis majoration par paliers progressifs en fonction du patient (posologies moyennes entre 8 et 16 mg/j). Délivrance quotidienne par la pharmacie dans un premier temps, puis par fractions de 7 jours au maximum (à préciser sur l'ordonnance) :

– J1 et J2 : 2 cp (soit 0,8 mg);
– J3 et J4 : 4 cp (soit 1,6 mg).

- **Buprénorphine (Subutex®) 2 mg :**

– J5 et J6 : 1 cp (soit 2 mg) ;
– J7 et suivants : 2 cp (soit 4 mg).

- Ces posologies sont données à titre indicatif et doivent être adaptées au patient. La forme **buprénorphine (Subutex®) 8 mg** sera utilisée pour les posologies supérieures.
- Lorsque l'état est stabilisé, la posologie des traitements de substitution doit être diminuée jusqu'à l'arrêt du traitement.

Règles hygiénodiététiques (au long cours)

- Éviter les situations à risque de rechute.
- Rythme de vie régulier, pratique d'une activité physique.
- Proscrire la consommation d'alcool, limiter la consommation de benzodiazépines.

Situations particulières

- *En cas de douleurs* : **paracétamol 1 000 mg,** 1 à 4 cp/j (posologie maximale).
- *En cas de troubles fonctionnels digestifs* : **phloroglucinol lyoc 80 mg,** 2 lyocs 2 à 3 fois/j.
- *Si anxiété ou agitation*, limiter le recours aux benzodiazépines : **cyamémazine 25 mg,** 1 à 4 cp/j.
- *Si intoxication majeure* (avec consommation intraveineuse), nécessité de prise en charge par un centre spécialisé. La prescription de méthadone impose une ordonnance sécurisée, une rédaction de la posologie en toutes lettres et une durée maximale de 14 jours (28 jours pour les gélules utilisées en relais) : **méthadone chlorhydrate sirop (unidoses de 5 à 60 mg) :** en une prise quotidienne unique, posologie de 20 à 100 mg à atteindre par paliers successifs, avec une délivrance initiale fractionnée sur 7 jours.

SURVEILLANCE

- Une surveillance médicale rapprochée est indispensable. Des antécédents d'accidents de sevrage, une insuffisance hépatique, une épilepsie, un mauvais état général rendent l'hospitalisation nécessaire (tension artérielle, rythme cardiaque, conscience, mydriase, fréquence respiratoire, tremblements).
- De l'efficacité du traitement : disparition rapide des symptômes de sevrage.
- De l'apparition d'épisodes de *craving*, envie irrépressible de consommation, en particulier lors des phases de réduction du traitement de substitution.

MESURES COMPLÉMENTAIRES

- Entretiens motivationnels pour maintenir l'abstinence (ne pas stigmatiser les rechutes).
- Thérapie cognitivocomportementale centrée autour de la prévention du *craving* et de la gestion du stress.
- Prise en charge des complications sociales et démarches de réinsertion.

NOTES PERSONNELLES

S

Sevrage tabagique

RAPPELS

La nicotine est la substance principalement impliquée dans la dépendance. Le tabagisme touche 40 % des hommes et 30 % des femmes.

Diagnostic D'un syndrome de sevrage devant un besoin impérieux de fumer quelques heures après la dernière prise, irritabilité, agressivité, frustration et baisse des performances cognitives, dépression. Il existe un retentissement somatique du sevrage : troubles du sommeil, augmentation de l'appétit et prise de poids. La réduction progressive des signes de sevrage s'effectue spontanément mais parfois sur plusieurs mois.

Objectif thérapeutique Limiter les symptômes de sevrage, favoriser l'abstinence, éviter la rechute. Parfois, l'objectif n'est qu'une réduction de la consommation en cas de dépendance massive et d'atteinte somatique.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Bilan cardiologique et pneumologique si consommation ancienne :* ECG, épreuve d'effort, EFR et radio pulmonaire.
- Il n'y a aucune contre-indication à une procédure médicalisée de sevrage tabagique mais il faut *rechercher la persistance d'une intoxication tabagique encore active pendant le traitement* qui favorise un risque de surdosage en nicotine.

• Les posologies du traitement substitutif sont à adapter en fonction du degré de dépendance évalué par le **test de Fagerström à 6 questions**.

– *Dans quel délai fumez-vous votre première cigarette après votre réveil ?*

Moins de 5 minutes : .....3 — 31 à 60 minutes : 1
6 à 30 minutes : ....2 — Après 60 minutes : ... 0

– *Avez-vous des difficultés pour ne pas fumer dans les endroits interdits ?*

Oui : .....1 — Non : 0

– *Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable ?*

La première : .....1 — Une autre : ...0

– *Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?*

10 ou moins : . ..0 — 21 à 30 : 2
11 à 20 : .. ..1 — 31 ou plus : 4

– *Fumez-vous de façon rapprochée ?*

Oui : ...1 — Non : 0

– *Fumez-vous lorsque vous êtes malade et devez rester couché toute la journée ?*

Oui : .....1 — Non : 0

Résultats :

– score *de 0 à 2* : pas de dépendance. Il est possible d'arrêter de fumer sans avoir recours à des substituts nicotiniques. Il faut être vigilant et se débarrasser rapidement de l'habitude de fumer dès que l'envie survient : boire un verre d'eau, manger une pomme, avoir une activité sportive ;

– score *de 3 à 4* : dépendance faible. Il est possible d'arrêter de fumer sans avoir recours à des substituts nicotiniques, mais la vigilance s'impose et les substituts nicotiniques peuvent être conseillés si l'arrêt du tabac est impossible seul ;

– score *de 5 à 6* : dépendance moyenne. L'utilisation des substituts nicotiniques est recommandée ;

– score *de 7 à 10* : dépendance forte ou très forte. La consultation d'un tabacologue est recommandée, qui conseillera des substituts nicotiniques ou un médicament.

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• *Nicotine percutanée :*
– **patchs 21 mg :** 1 patch/24 h pendant 2 semaines ;
puis
– **patchs 14 mg :** 1 patch/24 h pendant 2 semaines ;
puis
– **patchs 7 mg :** 1 patch/24 h pendant 2 semaines.
La durée totale du traitement substitutif est de 6 à 8 semaines.
ou

• *Nicotine perlinguale :* **gommes 4 mg**, 1 gomme à mastiquer lentement lors d'une envie de fumer, soit 3 à 12 gommes/j (maximum 15/j).
La durée totale du traitement substitutif est de 6 à 8 semaines.
Ne pas laisser ces présentations de nicotine à portée des enfants.
Ne pas dépasser les doses prescrites et éviter une intoxication tabagique conjointe.

Règles hygiénodiététiques (au long cours)

• Éviter les situations à risque de rechute, notamment la consommation d'alcool ou de café.
• Rythme de vie régulier, pratique régulière d'une activité physique.
• Alimentation équilibrée, éviter les grignotages.
• L'utilisation de cigarettes électroniques peut favoriser le sevrage.

Situations particulières

• *En cas de dépendance majeure :* associer dispositif transdermique + gommes **(patchs 21 mg + gommes 4 mg)** au besoin.

Situations particulières (suite)

Dans ce cas, la décroissance du traitement doit être plus progressive et la durée totale peut dépasser 8 semaines.

• *En cas d'échec de la substitution nicotinique* : **bupropion LP 150 mg**, 1 cp/j pendant 6 jours puis 2 cp/j (300 mg) espacés d'au moins 8 heures, pendant 7 à 9 semaines. Utilisation prudente chez la personne âgée et en cas d'insuffisance rénale ou hépatique : ne pas dépasser 150 mg.

SURVEILLANCE

• De l'efficacité du traitement : disparition rapide des symptômes de sevrage.

• Des effets secondaires des dispositifs transdermiques : érythème du site de fixation, hyperonirisme.

• Des effets secondaires des gommes : sécheresse buccale, dyspepsie, gastrite.

• Des signes de sous-dosage en nicotine (symptômes de sevrage) et des signes de surdosage (insomnie, céphalées, palpitations, sécheresse buccale, douleurs abdominales, nausées, diarrhée).

• Surveillance du poids.

MESURES COMPLÉMENTAIRES

• Entretiens motivationnels pour éviter la rechute.

• Thérapies aversives.

• Technique de réduction des apports (peu efficace pour un sevrage complet mais intérêt si sevrage impossible).

S

Sinusite aiguë

RAPPELS

Infection aiguë d'une ou plusieurs cavités sinusiennes, d'origine virale ou bactérienne, compliquant le plus fréquemment une rhinite aiguë. Les sinusites bactériennes sont habituellement dues au pneumocoque, à *Haemophilus influenzae* et à *Branhamella catarrhalis*. Plus rarement, la sinusite correspond à la propagation d'une infection dentaire avec, en plus des germes précédents, la possibilité de germes anaérobies.

Diagnostic clinique Mais la difficulté est d'éviter de porter le diagnostic de sinusite bactérienne par excès devant une rhinopharyngite car les sinusalgies correspondent à une congestion des méats sinusiens et sont souvent spontanément résolutives. L'aspect puriforme de la rhinorrhée est habituel pendant quelques jours et ne correspond pas à une surinfection.

La *sinusite maxillaire aiguë* est la plus fréquente, associant une douleur unilatérale sous-orbitaire, accrue par l'effort et les procubitus. On retrouve du même côté une obstruction nasale, un mouchage muqueux voire mucopurulent, parfois hémorragique, et un fébricule. On peut observer du pus dans le pharynx par écoulement postérieur et on doit rechercher des complications neuro-méningo-ophtalmologiques, en fait rares. Il faut savoir reconnaître des tableaux moins typiques en s'aidant de critères diagnostiques qui signent une surinfection bactérienne conduisant à la prescription d'antibiotiques

– persistance des douleurs sous-orbitaires pendant au moins 48 h malgré un traitement symptomatique ;

– caractère unilatéral de la douleur, pulsatile, augmentant lors de la position tête penchée en avant ;

– augmentation de la rhinorrhée et/ou augmentation de la purulence de celle-ci.

Si au moins 2 des 3 critères sont présents, la surinfection bactérienne est à retenir. À côté de ces critères majeurs, il existe des critères mineurs qui renforcent la suspicion diagnostique :

– persistance de la fièvre au-delà de 72 h ;

– obstruction nasale, éternuements, gêne pharyngée persistant au-delà des quelques jours d'évolution habituelle d'une rhinopharyngite virale.

Une radiographie simple n'est plus indiquée si la présomption clinique est forte, mais en cas de doute, un scanner sinusien rapide est utile.

Il faut savoir reconnaître

– des formes cliniques plus rares de sinusite frontale, sphénoïdale ou ethmoïdale (le plus souvent chez l'enfant) (Tableau 1) ;

– la sinusite bloquée maxillaire ou frontale, responsable d'un tableau hyperalgique. L'absence d'amélioration malgré le traitement médical nécessite un avis ORL rapide ;

– les formes récidivantes ou traînantes doivent faire rechercher une cause dentaire ou locorégionale nécessitant une imagerie par scanner voire IRM ;

– les atteintes sinusiennes chroniques bilatérales sont responsables de poussées de surinfection aiguë mais nécessitent la recherche d'une polypose rhinosinusienne ou d'une allergie.

Objectif thérapeutique Soulager la douleur, prévenir les complications et guérir l'infection.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

Rechercher une allergie aux pénicillines.

PRESCRIPTIONS

Ordonnance chez un adulte

Le traitement repose sur une antibiothérapie ciblant les principales bactéries impliquées dans les sinusites (Tableau 2), une corticothérapie en cure courte, des antalgiques/antipyrétiques. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens n'ont pas d'indication et les antibiotiques locaux de même que les aérosols ne sont pas recommandés.

- **Amoxicilline :** 1 g 3 fois/j durant 7 à 10 jours.
- **Prednisone :** 0,80 mg/kg/j en 1 prise le matin pendant 3 jours.
- **Paracétamol :** 1 g 3 fois/j durant la phase douloureuse (dose max : 4 g/j).

Tableau 1 – **Formes cliniques des sinusites purulentes aiguës et choix de l'antibiothérapie.**

Sinusite	Symptômes	Choix de l'antibiothérapie
Maxillaire	Douleur sous-orbitaire augmentée par le procubitus, mouchage purulent	Amoxicilline en premier choix Amoxicilline-acide clavulanique si échec ou si sinusite d'origine dentaire Céphalosporines orales 2e et 3e génération si allergie à la pénicilline Pristinamycine si contre-indication aux β-lactamines
Frontale	Céphalées sus-orbitaires	Amoxicilline-acide clavulanique ou Lévofloxacine
Ethmoidale	Céphalées rétro-orbitaires, comblement de l'angle interne de l'œil	Amoxicilline-acide clavulanique ou Lévofloxacine

Ordonnance chez un adulte (suite)

Sinusite	Symptômes	Choix de l'antibiothérapie
Sphénoïdale	Céphalées rétro-orbitaires et du vertex	Amoxicilline-acide clavulanique *ou* Lévofloxacine

Tableau 2 – Traitement antibiotiques utilisables dans les sinusites purulentes aiguës.

Antibiotiques		Posologies	Durée de traitement
β-lactamines	Amoxicilline	A : 3 g/j en 3 prises E : 100 mg/kg/j en 2 ou 3 prises	7 à 10 jours
	Amoxicilline-acide clavulanique	A : 3 g/j en 3 prises	7 à 10 jours
	C2G : céfuroxime-axétil	A : 250 mg/12 h	5 jours
	G3G : céfotiam	A : 200 mg/12 h	5 jours
	C3G : cefpodoxime	A : 200 mg/12 h E : 8 mg/kg/j en 2 prises	5 jours 8 jours
Pristinamycine		A : 2 g/j en 2 prises	4 jours
Fluoroquinolones antipneumococcique – réservées aux localisations autres que maxillaire ou après échec d'une première antibiothérapie **après** documentation bactériologique	Lévofloxacine	A : 500 mg/j en 1 prise	10 jours
	Moxifloxacine	A : 400 mg /j en 1 prise	10 jours

Situations particulières

• *En cas d'échec thérapeutique*, l'association **amoxicilline-acide clavulanique** est privilégiée : 1 g 3 fois/j pendant 7 à 10 jours.

• *En cas de sinusite aiguë maxillaire d'origine dentaire*, l'association **amoxicilline-acide clavulanique** est privilégiée : 1 g 3 fois/j pendant 7 à 10 jours.

• *En cas d'allergie à la pénicilline* sans allergie aux céphalosporines, les céphalosporines de 2e et 3e génération orales peuvent être proposées. La pristinamycine est une alternative en cas de contre-indication aux β-lactamines.

• *Dans les situations cliniques sévères*, en particulier les sinusites frontales, sphénoïdales, ethmoïdales ou les pansinusites, les fluoroquinolones à activité antipneumococcique : **lévofloxacine**, 500 mg/j en 1 prise, ou **moxifloxacine**, 400 mg/j en 1 prise, peuvent être utilisées d'emblée.

NOTES PERSONNELLES

S

Splénectomie : prévention des infections

RAPPELS

La prévention des infections concerne les patients porteurs d'une asplénie anatomique ou fonctionnelle, qu'elle soit congénitale (drépanocytose par exemple) ou acquise (accident ou splénectomie programmée – 6 000 à 9 000 patients/an en France, dont 50 % d'adultes).

Les germes les plus fréquemment impliqués sont *Streptococcus pneumoniae* (50 à 90 %), *Haemophilus influenzae* capsulé (10 à 15 %) et *Neisseria meningitidis*.

La prévention des infections chez ces patients repose sur la vaccination et l'antibioprophylaxie.

PRESCRIPTIONS

Vaccination

• *En cas de splénectomie programmée,* la vaccination peut être débutée 2 mois avant la chirurgie mais au moins 2 semaines avant l'intervention.

• *En cas de splénectomie urgente,* on attendra 2 semaines après l'intervention pour vacciner.

• Quatre vaccinations sont utiles (Tableau 1).

Antibioprophylaxie

• **Pénicilline V :**
– adultes : 2 M UI/j ;
– enfants < 40 kg : 50 000 UI/kg/j ;
– nourrissons < 10 kg : 100 000 UI/kg/j ;
en 2 prises/j.

• *En cas d'allergie vraie aux pénicillines,* **roxithromycine 150 mg :**
– adultes : 300 mg/j ;
– enfants < 40 kg : 200 mg/j ;
– enfants < 23 kg : 100 mg/j ;
– nourrissons < 11 kg : 50 mg/j ;
en 2 prises/j, 15 min avant les repas.
Associations déconseillées : carbamazépine, colchicine, théophylline, midazolam, lincosanides, bromocriptine, tacrolimus, disopyramide.
L'antibiothérapie sera poursuivie durant 5 ans en postopératoire.

Tableau 1 – Vaccination en prévention des infections post-splénectomie.

Vaccins	Schéma de vaccination
Pneumocoque Vaccin conjugué 13-valent Vaccin polyosidique 23-valent	N : 3 inj. du vaccin conjugué (M2-M3-M4) et rappel à 11 mois puis vaccin polyosidique non conjugué à partir de l'âge de 2 ans E : entre 2-5 ans non vacciné auparavant (rattrapage) : 2 inj. du vaccin conjugué à 2 mois d'intervalle suivies 2 mois après d'1 inj. de vaccin polyosidique non conjugué E > 5 ans et A : 1 dose de vaccin conjugué suivie d'1 dose de vaccin polyosidique 23-valent au moins 2 mois après la dose de vaccin 13-valent
Méningocoque C Vaccin conjugué monovalent C Vaccin tétravalent conjugué A+C+Y+W135	N jusqu'à 12 mois : 2 doses du vaccin méningococcique conjugué monovalent à M2, M4 et rappel à 12 mois avec 1 dose de vaccin tétravalent E entre 1 et 2 ans : 1 dose du vaccin méningococcique conjugué monovalent C, suivie d'1 dose de vaccin méningococcique conjugué tétravalent à 2 mois d'intervalle E > 2 ans et adulte : 1 dose de vaccin méningococcique tétravalent conjugué
***Haemophilus influenzae* de type b**	E < 5 ans : schéma renforcé avec un vaccin combiné 3 doses à M2, M3 et M4 et 1 rappel à 11 mois Pour les enfants non vaccinés auparavant, rattrapage par un vaccin monovalent : - entre 6 et 12 mois : 2 doses et 1 rappel - entre 12 mois et 5 ans : 1 seule dose E > 5 ans et A non vaccinés : 1 dose.
Grippe Vaccination recommandée car risque accru d'une infection par une bactérie capsulée au décours de l'infection par le virus influenzae	Pour tous les patients dès l'âge de 6 mois : vaccination annuelle

S

Spondylarthrite ankylosante

RAPPELS

La spondylarthrite ankylosante, dénommée actuellement spondyloarthrite, est un rhumatisme inflammatoire chronique lié à une inflammation des enthèses (zone d'insertion d'un ligament ou d'un tendon dans un os) qui peut toucher le rachis, les articulations sacro-iliaques et les articulations périphériques. Cette inflammation fait ensuite le lit d'une ossification des enthèses qui conduit à une ankylose avec une réduction des capacités fonctionnelles rachidiennes et articulaires.

Diagnostic Tableau clinique de douleurs inflammatoires du rachis et des articulations sacro-iliaques, s'accompagnant d'une raideur matinale prolongée. La spondyloarthrite évolue par poussées et peut toucher aussi les articulations périphériques et les enthèses avec sternalgies, talalgies, lombofessalgies uni- ou bilatérales à bascule, pouvant s'accompagner de manifestations extra-articulaires (uvéite, aortite, myocardite). Le syndrome inflammatoire biologique est en général peu marqué voire absent. Le groupe tissulaire HLA B27, présent chez 8 % de la population générale, est observé chez 85 % des patients. Les radiographies standard montrent des signes pathognomoniques au rachis et aux articulations sacro-iliaques mais qui sont souvent retardés de plusieurs années. L'IRM des sacro-iliaques et du rachis, et l'échographie des enthèses, permettent un diagnostic iconographique plus précoce.

Objectif thérapeutique

• À court terme : soulagement de la douleur et amélioration de la raideur clinique ressentie.

• À long terme : prévention de l'ankylose et maintien des capacités fonctionnelles.

➠ *Le traitement doit associer une kinésithérapie appropriée, des antalgiques et des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). En cas d'insuffisance d'efficacité, traitement de fond de type méthotrexate ou sulfasalazine pour les formes périphériques (aucune efficacité sur les formes axiales), et en cas d'échec, dans les formes sévères et évolutives, recours aux biothérapies anti-TNF alpha.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Recherche de contre-indications aux AINS, au méthotrexate, à la sulfasalazine, ou aux biothérapies*, notamment pathologies infectieuses évolutives (viroses, tuberculose, infections bactériennes), ulcères digestifs évolutifs, insuffisance hépatique ou rénale sévère, grossesse.

• *Recherche d'un terrain à risque :* diabète, antécédent d'ulcère digestif, tuberculose latente, sujet non à jour de ses vaccinations.

• *Recherche d'associations déconseillées :* aspirine à forte dose, triméthoprime, phénytoïne, probénécide, vaccins vivants.

• *Test de grossesse préthérapeutique et contraception efficace* obligatoire durant un traitement de méthotrexate et/ou une biothérapie et les 6 mois suivant leur interruption.

• *Recherche d'un foyer infectieux*, en particulier tuberculose (test Quantiféron®), hépatites (sérologies B et C) avant mise sous biothérapie.

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

- **Naproxène 550 mg :** 1 cp matin et soir au repas.
- **Exercices quotidiens** de postures rachidiennes et d'étirement du rachis et des membres inférieurs, comme appris en séances de kinésithérapie.

Ordonnance de kinésithérapie

Faire réaliser 20 séances de kinésithérapie pour rééducation globale d'une spondyloarthrite : travail postural rachidien et articulaire, exercices d'autoagrandissement, exercices d'étirement et d'assouplissement du rachis et des membres, renforcement isométrique des muscles paravertébraux et abdominaux, travail de l'ampliation thoracique avec renforcement des muscles respiratoires.

Règles hygiénodiététiques

- Activité physique régulière en privilégiant les activités de type vélo, natation, aquagym.
- Programme régulier d'autorééducation : travail de postures rachidiennes et articulaires, entretien musculaire, selon les techniques apprises en kinésithérapie.

Situations particulières

En cas d'évolution sévère (douleur et ankylose, apparition de signes radiographiques notamment des syndesmophytes), recours aux biothérapies de type anti-TNF alpha. La prescription d'un anti-TNF est effectuée sur une « ordonnance de médicament d'exception » et par un spécialiste (prescription initiale hospitalière) : **adalimumab stylo auto-injectable à 40 mg**, 1 injection sous-cutanée toutes les 2 semaines.

SURVEILLANCE

• *De l'efficacité du traitement :* amélioration de la douleur évaluée par une échelle visuelle analogique ou une échelle numérique, surveillance des tests cliniques paramétriques : distance doigts-sol, indice de Schobert, ampliation thoracique, distance menton-sternum, distance occiput-mur. Surveillance biologique inflammatoire et éventuellement radiographique et/ou échographique.

• *Des effets indésirables :*

– liés aux AINS : troubles digestifs, hypertension, insuffisance rénale, cytolyse, anémie, etc. ;

– liés au méthotrexate : risque hépatique à fortes doses et de pneumopathie interstitielle (→ interruption du traitement en cas de symptômes respiratoires). Bilan biologique mensuel comprenant NFS, VS, CRP, transaminases et créatininémie ;

– liés aux anti-TNF : recherche de foyers infectieux en particulier tuberculose. Il est recommandé d'interrompre le traitement 2 semaines avant une intervention programmée.

NOTES PERSONNELLES

S

Surdité brutale unilatérale

RAPPELS

Une surdité brusque, en règle générale unilatérale, survient en quelques secondes ou minutes, accompagnée de sifflements et quelquefois de vertiges ou de troubles de l'équilibre. Plus rarement, elle est progressive, en moins de 72 heures.

Diagnostic Clinique devant une surdité de perception brutale (atteinte cochléaire avec perte de la conduction osseuse des sons) plus ou moins profonde. Le reste de l'examen ORL est normal, de même que l'examen clinique, en particulier neurologique. Absence d'anomalies biologiques. D'incidence évaluée à 1/10 000/an, elle reste souvent d'origine indéterminée.

Sur des arguments anamnestiques, on peut parfois soupçonner une origine :
– virale, dans un contexte de rhinopharyngite d'allure saisonnière ou d'oreillons ;
– vasculaire, chez un sujet âgé avec facteurs de risque cardiovasculaires ;
– immunologique, dans un contexte favorisant (maladie de Horton, polychondrite atrophiante, syndrome de Cogan, etc.) ;
– un traumatisme crânien, un barotraumatisme ou un traumatisme sonore doivent être recherchés.

Le diagnostic différentiel est important : il convient d'éliminer la présence d'un bouchon de cérumen, une perforation tympanique, une otite séreuse, une maladie de Ménière mais surtout un neurinome de l'acoustique (IRM des conduits auditifs).

Objectif thérapeutique

- Restaurer l'audition mais aucun protocole n'est parfaitement validé.
- L'utilisation en urgence de corticoïdes systémiques en perfusion résulte d'un consensus professionnel.
- L'adjonction de vasodilatateurs n'apporte pas de bénéfice supplémentaire.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Recherche de contre-indications aux corticoïdes :* ATCD de troubles psychiques sévères sous corticoïdes, viroses en évolution (herpes, varicelle, zona), états infectieux non contrôlés, ulcère digestif en évolution.
- *Recherche de sujets à risques :* hypertension, diabète, insuffisance rénale.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

Le traitement doit être débuté en urgence par voie injectable, associé à un traitement préventif d'ulcère digestif par inhibiteur de la pompe à protons :
– **méthylprednisolone :** 1 à 5 mg/kg/jour pendant 3 jours avant relais par voie orale de **prednisone** 1 mg/kg/j pendant 4 jours.
– **oméprazole :** un comprimé à 20 mg/j durant 7 jours.

Règles hygiénodiététiques

- Régime hyposodé standard (4 g de sel/j, soit 1 600 mg de sodium).
- Suppression des sucres d'absorption rapide (sucre pur, confitures, sodas, gâteaux, etc.).
- Régime riche en protéines et en calcium.

Situations particulières

En cas de surdité profonde, l'utilisation :
– d'**oxygène hyperbare** en milieu spécialisé ;
– et/ou de **corticoïdes intratympaniques** a été proposée.

SURVEILLANCE

- Des effets indésirables engendrés par la corticothérapie : HTA, œdèmes, hypokaliémie, diabète, excitation, insomnie, infections, etc.
- De l'efficacité du traitement : le pronostic fonctionnel est souvent péjoratif (15 à 20 % de récupération complète), surtout si la surdité est profonde.

S

Syphilis primaire

RAPPELS

Infection due à *Treponema pallidum* dont la transmission s'effectue dans > 90 % des cas par voie sexuelle mais également transplacentaire. Le risque au cours d'un rapport possiblement contaminant est estimé à 30 %. L'histoire naturelle de la maladie comporte :

– une phase précoce (moins d'1 an) qui est contagieuse avec une période primaire associant chancre et adénopathie indolore puis une période secondaire associant lésions cutanéomuqueuses disséminées et adénopathies ;

– une phase tardive (plus d'1 an) non contagieuse avec une période de latence et une période tertiaire inconstante caractérisée par des manifestations plus disséminées en particulier neurologiques, vasculaires, etc.

Diagnostic Les principaux signes cliniques devant évoquer la maladie sont le chancre syphilitique, une éruption cutanée ou des adénopathies. Après une incubation moyenne de 21 jours, le chancre d'inoculation est constant mais peut passer inaperçu : ulcération superficielle de 5 à 20 mm de diamètre, bien circonscrite, indolore, dont la surface est propre et la base indurée. Chez l'homme, il est le plus souvent situé au niveau du sillon balanopréputial, parfois du méat ou du prépuce. Chez la femme, il est plutôt vulvaire. Dans les deux sexes, il peut se situer au niveau oropharyngé (lèvres, amygdales, langue, etc.) ou anal. Il existe constamment une adénopathie satellite. Non traitée, la lésion régresse spontanément en 4 à 6 semaines.

Le diagnostic biologique indirect repose sur le TPHA et le VDRL. Le TPHA est positif une semaine après le chancre avec une sensibilité de 100 %. Le VDRL est positif après 15 jours avec une sensibilité de 60 à 99 % selon la durée d'évolution du chancre.

Objectif thérapeutique Guérir l'infection en évitant le passage à la phase secondaire et prévenir les contaminations.

➠ *Un diagnostic de syphilis primaire impose de dépister les autres infections sexuellement transmissibles : gonococcie, VIH, herpès, hépatite B, chlamydiae, mycoplasme, trichomonas, condylomes.*

➠ *Le traitement de la syphilis primaire est basé sur la pénicilline G.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Rechercher une allergie connue aux pénicillines.*
- *Rechercher une contre-indication à la doxycycline* . insuffisance hépatique ou rénale, grossesse, allaitement.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

Benzathine-benzylpénicilline 2,4 M UI : 1 injection intramusculaire unique (associée dans la même seringue avec 1 cuillère à café de Xylocaïne® à 1 %).

Situations particulières

- En cas d'allergie à la pénicilline, on peut utiliser : **doxycycline**, 200 mg/j en 1 prise quotidienne pendant 14 jours.
- Le risque de photosensibilisation avec les tétracyclines doit faire éviter l'exposition solaire et aux UV durant le traitement.

SURVEILLANCE

- Les sujets contacts doivent être examinés et traités.
- La surveillance biologique de l'efficacité du traitement s'effectue par le VDRL quantitatif : 3 mois après le traitement, division du titre par 4, et 6 mois après le traitement, division du titre par 16. En l'absence de décroissance, le traitement doit être renouvelé. Une recontamination entraîne une remontée du titre (la syphilis n'est pas immunisante).

NOTES PERSONNELLES

T

Tachycardies jonctionnelles ou rythmes réciproques

RAPPELS

Historiquement regroupées sous le terme de maladie de Bouveret, les tachycardies jonctionnelles (TJ) évoluent par crises, typiquement régulières à QRS fins, aux alentours de 180-200/min en l'absence de traitement antiarythmique. Débutant volontiers chez un adulte jeune à cœur sain, elles possèdent le plus souvent un caractère bénin.

Diagnostic Évoqué cliniquement devant des accès de palpitations à début brusque (sensation de « déclic »), de durée variable (quelques minutes à plusieurs heures) et une fin brutale (parfois déclic et débâcle polyurique), spontanée ou stoppée par les manœuvres vagales. Plus rarement des douleurs thoraciques, une oppression, une crise d'angoisse ou une syncope peuvent révéler la crise.

Sur le plan physiopathologique, il faut distinguer :
– **les tachycardies nodales ou par réentrée intranodale :** un circuit de conduction circulaire s'organise entre une voie lente et une voie rapide dans le nœud atrioventriculaire (NAV). Chaque QRS est suivi d'une onde P rétrograde négative dans les dérivations inférieures. L'ECG après régularisation est normal ;
– **les tachycardies par rythme réciproque orthodromique :** un circuit de réentrée s'organise entre le NAV, les ventricules, un faisceau accessoire (dit de Kent), les atriums puis le NAV. Chaque QRS est suivi d'une onde P rétrograde négative dans les dérivations inférieures. L'ECG après réduction montre un aspect de Wolf-Parkinson-White (PR court, onde delta de préexcitation, troubles de repolarisation) ; parfois le QRS

est normal, il peut s'agit d'une voie accessoire à conduction rétrograde exclusive ;
– rarement, les TJ se manifestent par des **tachycardies à QRS larges** (attention : le premier diagnostic à évoquer est alors une tachycardie ventriculaire !) :
- lorsque la TJ est associée à un bloc de branche préexistant organique (persistant) ou fonctionnel (régressif à l'arrêt de la crise),
- lorsque le circuit de réentrée s'organise en sens inverse (antidromique) entre un faisceau accessoire de Kent, les ventricules, le NAV, les atriums puis le faisceau de Kent.

➠ ***Attention !*** *Une élévation de troponine hypersensible est fréquente après une TJ prolongée et ne doit donc pas être interprétée comme un syndrome coronaire aigu !*

Objectif thérapeutique

• Interrompre la crise pour soulager le patient en bloquant la conduction dans le NAV par stimulation vagale.

• Prévenir les récidives par des antiarythmiques en fonction de la fréquence et de l'intensité des crises.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• Recherche de patients à risques pour le massage carotidien : ATCD vasculaires, possible sténose carotidienne.

• Recherche de contre-indications :
– adénosine : asthme ;
– diltiazem, vérapamil, bêtabloquants : insuffisance cardiaque, hypotension artérielle, grossesse et allaitement.

PRESCRIPTIONS

Il est nécessaire de **rassurer le patient sur le caractère bénin** de ces crises de tachycardies.

Ordonnance de traitement simple de la crise de tachycardie

Dans tous les cas, le patient doit être allongé car une brève pause ventriculaire peut survenir à l'arrêt de la tachycardie.

• **Stimulation vagale par le patient lui-même :** manœuvre de Valsalva (expiration forcée à glotte fermée pendant 15 secondes), réflexes nauséeux, ingestion d'eau glacée (≈ 20 % de retour en rythme sinusal en 1 minute).

• **Stimulation vagale par le médecin :** massage du sinus carotidien ou manœuvre de Valsalva modifiée → surélévation des jambes à 45° pendant 15 secondes après l'expiration à glotte fermée (≈ 40-50 % de retour en 1 minute).

Ordonnance en cas d'échec des manœuvres vagales

Il faut recourir à l'utilisation de médicaments par voie intraveineuse (utilisables chez la femme enceinte)

– **adénosine triphosphate 20 mg/2 mL :** 10 mg en bolus IVD et, si nécessaire, 20 mg en bolus IVD au bout de 2 minutes,

ou

– **adénosine 6 mg/2 mL :** 3 mg en bolus IVD et, si nécessaire, 6 mg puis 12 mg toutes les 2 minutes.

Ces injections nécessitent un monitoring ECG continu et une ampoule d'**atropine 1 mg** (voie IVD) sera préparée en cas de bloc sinusal prolongé.

Ordonnance de traitement préventif des crises (suite)

Ordonnance de traitement préventif des crises

Il nécessite un traitement chronique pour des crises épisodiques plus ou moins fréquentes par un traitement antiarythmique dont l'efficacité est inconstante avec des effets secondaires potentiels (effets proarythmiques en particulier). L'analyse du rapport bénéfice/risque doit être soigneusement pesée.

- *Si les crises sont prolongées mais rares avec des symptômes modérés, sur cœur sain et en l'absence de pré-excitation*, la stratégie « pill in the pocket » est proposée : **diltiazem 120 mg,** 1 cp associé à **propranolol 80 mg**, 1 gél. en cas de crise prolongée, sans traitement au long cours.

- *Si des crises sont plus fréquentes et mal contrôlées :*

– **vérapamil LP 240 mg :** 1 cp/j,
ou
– **diltiazem LP 200 mg/j :** 1 gél./j,
ou
– **aténolol 50 mg :** 1 cp/j.

- Une **ablation de la double voie nodale par voie endocavitaire** peut être proposée en alternative du traitement antiarythmique, *si les crises sont mal tolérées*, soit par leur sémiologie, soit par leur répétition, soit par leur durée ou pour des raisons de mode de vie (par exemple métier à risque). Le patient doit être informé des risques de l'ablation, en particulier de la survenue possible d'un bloc atrioventriculaire.

Situations particulières

- *Si la crise ne cède pas après les injections d'adénosine*, d'autres agents pharmacologiques peuvent être utilisés à la phase aiguë sous monitoring ECG continu :

Situations particulières (suite)

– **vérapamil injectable 5 mg/2 mL,** 1 ampoule en injection IV lente sur 3 minutes,
ou
– **diltiazem injectable fl. 25 mg :** 0,25 mg/kg en injection IV sur 3 minutes,
ou
– **aténolol injectable 5 mg/10 mL :** 1 mg IVD toutes les 2 minutes jusqu'à 5 mg en l'absence d'insuffisance cardiaque.

• *En cas d'échec ou si cardiopathie sous jacente :* **amiodarone injectable 150 mg/3 mL,** 150 mg en perfusion dans 250 mL de G5 en 20 minutes (réservé à l'hôpital).

• *Si un syndrome de Wolff Parkinson-White est établi*, l'ablation du faisceau pathologique par voie endocavitaire constitue le traitement de référence.

NOTES PERSONNELLES

T

Taeniasis

RAPPELS

Infestation digestive par un ver plat (cestode), de plusieurs mètres de long, dont la tête (scolex) est fixée dans l'intestin grêle. La contamination s'effectue par ingestion de viande parasitée insuffisamment cuite, soit de bœuf (*Taenia saginata*, parasite cosmopolite), soit de porc (*Taenia solium*, parasite d'importation en France).

La cysticercose désigne l'enkystement de larves de *T. solium* dans différents tissus (muscle, œil, cerveau) après ingestion directe d'œufs par des aliments souillés. Problème de santé publique dans certains pays (Madagascar), le diagnostic est évoqué en France devant des examens d'imagerie révélant des kystes calcifiés cérébraux ou musculaires chez un sujet ayant séjourné en zone tropicale, souvent plusieurs mois ou années auparavant. Une prise en charge spécialisée est recommandée qui n'est pas envisagée ici.

Diagnostic L'infestation provoque des troubles digestifs non spécifiques (anorexie, épigastralgies, nausées, diarrhées), parfois une asthénie, des céphalées ou une insomnie mais l'infestation peut rester asymptomatique. La constatation à l'œil nu d'anneaux dans les selles ou les sous-vêtements permet le diagnostic. En leur absence, un examen parasitologique des selles est nécessaire. Une éosinophilie modérée est possible.

Objectif thérapeutique Éradication du parasite vérifiée par un examen parasitologique de contrôle. Le praziquantel constitue le traitement de référence ; le niclosamide est également utilisé.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Recherche de terrains à risque* qu'il faudra traiter ou contrôler : cysticercose cérébrale ou oculaire nécessitant une surveillance spécialisée. Praziquantel : antécédent de trouble du rythme cardiaque, grossesse au 1er trimestre.
- *Recherche d'associations déconseillées* : praziquantel (les inducteurs enzymatiques : rifampicine, anticonvulsivants diminuent de façon très importance les concentrations de praziquantel).
- Par contre, il n'y a pas de précautions particulières concernant le niclosamide.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance pour le taeniasis intestinal

• **Praziquantel cp 600 mg :** 10 mg/kg en une prise unique. Les comprimés doivent être avalés sans les croquer, avec un peu de liquide, de préférence à la suite d'un repas.

ou

• **Niclosamide cp 500 mg :** à jeun depuis la veille, mâcher longuement 2 cp (1 g) le matin avec un peu d'eau, puis reprendre 2 cp (1 g) selon les mêmes modalités une heure plus tard. Rester ensuite à jeun durant 3 heures après la dernière prise, sans boire ni fumer. Posologie totale :
– chez l'adulte et l'enfant > 7 ans : 1 g × 2 ;
– avant 7 ans, réduire la posologie à 500 mg × 2 ;
– avant 2 ans, réduire la posologie à 250 mg × 2 (les comprimés peuvent être écrasés).

• Un purgatif salin (Citrafleet® : 1 sachet) est souhaitable 3 heures après la prise médicamenteuse, en particulier si *T. solium*.

NB : bien prévenir le patient qu'il va éliminer le ver dans les selles.

Règles hygiénodiététiques

• Nettoyer la cuvette des toilettes à l'eau de Javel.

• Pour la prévention des récidives, éviter de manger la viande crue ou peu cuite, en particulier dans les pays tropicaux et sub-tropicaux dans lesquels les contrôles sanitaires de la viande sont insuffisants.

Situations particulières

Chez la femme enceinte, le **niclosamide** peut être utilisé d'après le centre de référence sur les agents tératogènes. L'utilisation de **graines de courge** dans de la confiture est une alternative efficace. Le ver est alors éliminé entier, il faut prévenir la patiente.

SURVEILLANCE

- De l'efficacité du traitement : prescrire un contrôle parasitologique des selles 3 mois après le traitement.
- Du respect des règles hygiénodiététiques (cuire la viande suffisamment).

NOTES PERSONNELLES

T

Thrombose veineuse profonde : traitement curatif

RAPPELS

Urgence diagnostique et thérapeutique, la maladie thromboembolique veineuse (MTEV) affecte > 150 000 personnes/an en France, entraînant 5 à 10 000 décès. Le thrombus survient habituellement dans le réseau veineux profond d'un membre inférieur (MI), la localisation proximale (poplitée, fémorale, iliaque ou cave) présentant le risque le plus important d'embolie pulmonaire (EP) et de syndrome post-thrombotique. Les facteurs de risque de MTEV sont multiples, soit transitoires (chirurgie récente, traumatisme, immobilisation, grossesse, contraception OP, voyage prolongé), soit persistants (âge, obésité, cancer, ATCD de MTEV, thrombophilie, maladies inflammatoires).

Diagnostic Clinique devant une douleur brutale d'un MI (60 %) avec œdème unilatéral et dilatation veineuse superficielle, mais la thrombose veineuse profonde (TVP) reste parfois asymptomatique. La prise en compte du contexte permet d'établir un score de probabilité (WELLS) :

- cancer en traitement actif ou palliatif .... +1
- paralysie ou immobilisation plâtrée MI ... +1
- alitement > 3 jours ou chirurgie importante < 4 semaines ..... +1
- sensibilité d'un trajet veineux.... ..... +1
- augmentation de volume d'un MI entier... .... +1
- augmentation de volume d'un mollet > 3 cm .... +1
- œdème unilatéral prenant le godet..... ..... +1
- collatéralité veineuse non variqueuse .... +1
- antécédent de thrombose veineuse documentée +1
- autre diagnostic au moins aussi probable que TVP .... ..–2

Probabilité diagnostique
– score > 2 : 70 % de TVP ;
– score 1 ou 2 : 30 % de TVP ;
– score < 1 : 5 % de TVP.

Des D-Dimères < 500 ng/mL permettent d'écarter l'hypothèse de TVP mais à l'inverse, une élévation est peu spécifique (élevé en cas de cancer, de grossesse, de chirurgie, d'inflammation).

C'est l'échographie-Doppler veineuse qui confirme le diagnostic (sensibilité > 95 %) et précise la localisation. Les TVP distales sont les plus fréquentes mais à moindre risque.

Objectif thérapeutique Soulager le patient, éviter l'extension et la migration du caillot, prévenir les récidives, prévenir le syndrome post-thrombotique.

➠ *Le traitement peut être débuté en urgence avant le résultat de l'échographie-Doppler si le diagnostic semble bien établi.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Rechercher les contre-indications :*
– *aux anticoagulants :* syndromes hémorragiques et lésions susceptibles de saigner tels que ulcère gastroduodénal évolutif, HTA maligne, chirurgie neurologique ou ophtalmologique récente, AVC récent ;
– *aux héparines :* ATCD de thrombopénie à l'héparine ;
– *aux HBPM, AVK et anti-Xa :* insuffisance hépatique ou rénale sévère ;
– *aux AVK et anti-Xa :* grossesse et allaitement.

• *Rechercher les associations déconseillées :* AINS, aspirine, antiagrégants plaquettaires. *AVK et Anti-Xa :* inhibiteurs enzymatiques (CYP 3A4 et P-gp), en particulier antifongiques azolés et inhibiteurs de la protéase du VIH.

• *De très nombreux médicaments sont susceptibles d'interférer avec les anticoagulants oraux :* les prescriptions nouvelles doivent être réduites au maximum et une surveillance plus étroite est nécessaire.

• *Recherche de contre-indications à la contention veineuse :* artériopathie oblitérante sévère des membres inférieurs (IPS < 0,6), microangiopathie diabétique.

PRESCRIPTIONS

Deux schémas distincts sont possibles.

Ordonnance selon un schéma classique HBPM puis AVK

- **Tinzaparine :** 175 UI/kg/j en 1 injection sous-cutanée (prudence si poids < 45 kg ou > 100 kg, *cf.* paragraphe « Situations particulières » ci-après). Il n'y a pas de surveillance biologique à réaliser. Ce traitement doit être maintenu jusqu'à ce que l'INR soit > 2 à 2 reprises (5 à 7 jours).
- **Warfarine :** 5 mg en prise unique au repas du soir, à débuter le plus tôt possible, dès que le diagnostic est confirmé et s'il n'y a pas d'examens invasifs à envisager (endoscopies, biopsies, *etc.*).
- Cette posologie est à adapter mg par mg en fonction de l'INR dont l'objectif est compris entre 2 et 3. Le 1er INR peut être réalisé dès le lendemain de la 1re prise afin de tester une éventuelle hypersensibilité aux AVK, puis tous les 2 jours. Lorsque l'INR est compris à 2 reprises entre 2 et 3, l'HBPM est interrompue et le contrôle de l'INR est espacé (2 fois/semaine pendant 15 jours puis tous les 15 jours, voire tous les mois s'il n'y a pas eu de modification posologique).

Ordonnance selon un schéma anti-Xa oral

Il est possible de débuter immédiatement par voie orale : **Rivaroxaban**, 15 mg matin et soir durant 3 semaines puis 20 mg 1 seule fois/jour. Ce traitement ne nécessite pas de surveillance biologique particulière mais ne comporte pas d'antidote.

Mesures hygiénodiététiques

- Il ne faut pas immobiliser les patients atteints de TVP.
- *Pour prévenir le syndrome post-thrombotique :*

– **une contention veineuse élastique doit être mise en place le plus tôt possible** et maintenue durant la journée : **collants de contention veineuse sur mesures**, de classe 2 (TVP distales) ou de classe 3 (TVP proximales). Prescription pour 2 paires ;
– réduction pondérale si surpoids. Activité physique régulière, en particulier de marche. Éviter la station debout prolongée. Éviter les chaussures à talons haut. Éviter le chauffage par le sol et l'exposition solaire prolongée. Surélever les pieds du lit de 10 à 15 cm.

- Sous AVK : Interdiction des aliments riches en vitamine K (brocoli, choux, laitue, cresson, persil, huile de colza, ou de soja, épinards) et danger d'une alcoolisation aiguë.

Situations particulières

- *Sous HBPM*, en cas d'insuffisance rénale modérée (ClCr 30 à 60 mL/min), de poids extrêmes (< 45 kg ou > 100 kg) ou d'hémorragies inexpliquées, une détermination de l'activité anti-Xa peut être utile : la moyenne observée à la 4e heure pour la tinzaparine à la dose de 175 UI/kg en 1 injection/j est de 0,87 UI ± 0,15.
- *Sous anti-Xa oral*, en cas d'insuffisance rénale modérée et chez les sujets âgés, réduction de la dose : rivaroxaban, 15 mg/j.

SURVEILLANCE ET PRÉCAUTIONS

- *Sous anticoagulants sont contre-indiquées :* toutes injections et ponctions intramusculaires, intra-articulaires, intra-artérielles.
- Surveillance quotidienne à la recherche de signes d'embolie (fièvre, douleur thoracique, dyspnée, hémoptysie, tachycardie, etc.) et contrôle de la contention élastique.

- Le traitement anticoagulant doit être maintenu 3 mois dans les TVP distales ou dans les TVP proximales s'il existait un facteur de risque transitoire et en l'absence d'ATCD de MTEV. Dans les autres cas, le traitement est maintenu 6 mois. S'il existe un ATCD de MTEV ou s'il persiste un facteur de risque majeur, le traitement doit être maintenu au long cours, avec une évaluation régulière du rapport bénéfice/risque.
- Dans les TVP proximales, une échographie doppler veineuse pourra être réalisée en fin de traitement pour juger des lésions séquellaires (thrombus résiduel, dévalvulation, développement des collatérales, etc.).
- En l'absence de facteur de risque identifié de TVP, il peut être intéressant, en particulier chez les sujets < 60 ans, de réaliser un bilan de thrombophilie 1 mois après l'arrêt du traitement anticoagulant. Par ailleurs, une surveillance clinique doit être maintenue pendant 1 an à la recherche d'indices orientant vers une pathologie sous-jacente évolutive (pathologie inflammatoire ou maligne).

NOTES PERSONNELLES

T

Thrombose veineuse superficielle

RAPPELS

Le développement d'un caillot et d'une réaction inflammatoire dans une veine d'un réseau veineux superficiel, le plus souvent au niveau des membres inférieurs, survient volontiers sur un terrain variqueux mais peut témoigner d'un état inflammatoire général, d'une pathologie maligne (phlébite de Trousseau) ou d'une thrombophilie.

Diagnostic Clinique sur la présence d'un cordon veineux induré, inflammatoire et douloureux sur le trajet de la grande saphène ou d'un autre réseau. Une hypodermite, une lymphangite, un érysipèle et un érythème noueux doivent être discutés. Aussi un examen écho-Doppler est utile pour confirmer le diagnostic, mesurer la dimension du caillot, préciser son extension éventuelle à la crosse de la saphène et rechercher une éventuelle thrombose veineuse profonde associée (jusqu'à 25 % sur le membre atteint ou le membre controlatéral).

Objectif thérapeutique Soulager le malade, éviter l'extension du caillot et réduire le risque thromboembolique immédiat et ultérieur. Bien que ce dernier soit faible (< 1 %), lorsque le caillot est > 5 cm de longueur et en l'absence de thrombose profonde associée, un traitement anticoagulant par fondaparinux ou une héparine de bas poids moléculaire, à posologie préventive, est proposé durant 45 jours, en particulier en cas de thrombose extensive, de cancer associé, de chirurgie récente, d'ATCD thrombotiques ou d'insuffisance veineuse sévère.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Recherche de contre-indications :*
– *paracétamol : insuffisance hépatocellulaire ;*
– *HBPM : insuffisance rénale sévère (ClCr < 30 mL/min), saignement évolutif.*

• *Recherche de terrain à risques : sujets âgés, maladie ulcéreuse connue, intervention chirurgicale récente, grossesse.*

• *Recherche d'associations médicamenteuses déconseillées : AINS, aspirine.*

• *Recherche d'associations à prendre en compte : corticoïdes, clopidogrel, ticlopidine.*

• *Recherche d'une contre-indication à la contention veineuse :* artériopathie oblitérante sévère des membres inférieurs (IPS < 0,6), microangiopathie diabétique.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

- **Paracétamol :** 1 g 3 à 4 fois/j en cas de douleurs. Ne pas dépasser 4 g/j.
- **Cortisal Crème® :** 2 à 3 applications/j en massant légèrement.
- **Fondaparinux 2,5 mg/0,5 mL** (en seringues préremplies) : 1 injection sous-cutanée 1 fois/j durant 45 jours. Durant cette période, les injections intramusculaires, ponctions et infiltrations sont contre-indiquées.
- **Contention veineuse de classe 2** (pression 16 à 20 mmHg) : de façon bilatérale aux membres inférieurs, une **paire de bas ou de collants** à mettre en place durant la journée si cette contention est supportée.

Règles hygiénodiététiques

Maintenir une activité physique régulière, compatible avec la douleur, en évitant un alitement prolongé.

Situations particulières

- Si le caillot est < 5 cm et en l'absence de thrombose profonde, le traitement héparinique n'est pas justifié. La surveillance s'assurera de l'absence d'extension.
- Si le caillot est proche (< 3 cm) ou atteint la crosse de la grande ou de la petite saphène, le risque embolique justifie un traitement par HBPM curatif durant 45 jours (*cf.* traitement de la thrombose veineuse profonde) et, en cas de contre-indication de ce dernier, une ligature chirurgicale de la veine saphène à la crosse. Un traitement de relais par voie orale n'est pas recommandé.

Situations particulières (suite)

- Au niveau des membres supérieurs, la principale cause de thrombose superficielle est constituée par la pose de cathéters veineux à demeure et l'injection de produits toxiques pour l'endothélium vasculaire. Le traitement est largement préventif en évitant le maintien des cathéters, en écartant les perfusions hypertoniques et en s'assurant de la compatibilité des injections. Le traitement curatif est identique à celui des membres inférieurs, en fonction de la taille et de la localisation du thrombus.
- La phlébite de Mondor correspond à l'atteinte de la veine épigastrique superficielle, ou de la veine thoracoépigastrique. Parfois secondaire à une chirurgie thoracique, à une thrombophilie, rarement à un cancer du sein, son évolution est spontanément favorable sans extension, ce qui limite son traitement à une antalgie si nécessaire.

SURVEILLANCE

- S'assurer de l'absence d'extension après quelques jours de traitement et à la fin de celui-ci.
- Ultérieurement, un bilan phlébologique peut conduire à une chirurgie de varices.

NOTES PERSONNELLES

T

Toux de l'adulte

RAPPELS

Symptôme extrêmement fréquent, la toux est une réponse réflexe à une irritation des voies aériennes en vue d'assurer leur liberté. Mais elle peut altérer la qualité de vie d'un malade voire entraîner des complications et, si elle se prolonge, nécessite d'établir un diagnostic étiologique.

Diagnostic Clinique d'interrogatoire qui permet de distinguer :
– la toux aiguë dont l'origine est le plus souvent (> 75 %) infectieuse ou post-infectieuse (rhinopharyngée, bronchite) dans un contexte saisonnier ou d'épidémie ;
– la toux chronique > 8 semaines dont les principales causes chez un sujet non fumeur sont la rhinorrhée chronique avec jetage postérieur, le reflux gastro-œsophagien et l'asthme ;
– évaluer le retentissement sur la vie courante : asthénie, insomnie, céphalées, douleurs thoraciques, pertes d'urines, voire la survenue de complications (fractures de côte, hernie ou prolapsus, etc.) ;
– rechercher un terrain à risque sous-jacent : asthme, BPCO, tabagisme, empoussièrage, etc. Chez un gros fumeur, toute modification de la toux doit faire évoquer un cancer bronchique ;
– rechercher des critères de gravité : altération de l'état général, dyspnée, hémoptysie, adénopathie cervicale, etc. qui imposent d'emblée un bilan étiologique.

Objectif thérapeutique Améliorer le confort du patient par :
– un traitement étiologique avant tout ;

– un traitement symptomatique quand le confort et/ou la prévention des complications le nécessitent, en distinguant les toux productives (fluidifiants bronchiques/mucolytiques) et les toux sèches (antitussifs).

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Rechercher la responsabilité d'un médicament :*
– inhibiteurs de l'enzyme de conversion (toux dans les 6 mois après le début chez 5 à 20 %) ;
– inhibiteurs de l'angiotensine II (sartans) ;
– β-bloquants ;
– traitements inhalés.

• *Rechercher des contre-indications :*
– antitussifs : toux productive, insuffisance respiratoire, asthme ;
– codéine : enfants < 12 ans, allaitement ;
– antihistaminiques anticholinergiques : risque de glaucome par fermeture de l'angle, risque de rétention urinaire par obstacle urétro-prostatique.

• *Rechercher des associations contre-indiquées ou déconseillées :*
– codéine : agonistes-antagonistes morphiniques, IMAO, autres antitussifs opiacés, mucolytiques, alcool ;
– oxymémazine : ATCD d'agranulocytose.

• *Rechercher des situations à risque :*
– antitussifs : insuffisance respiratoire ;
– mucolytiques : le patient doit pouvoir évacuer ses sécrétions (risque d'encombrement) ;
– carbocistéine : ulcère gastroduodénal.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Le traitement étiologique doit toujours être privilégié : anti-infectieux, antispastiques bronchiques, inhibiteurs de la pompe à protons, etc.

Un traitement symptomatique peut être nécessaire, le plus souvent en association, parfois seul sur une courte période en l'absence de cause identifiée et de critères de gravité, en distinguant les toux productives des toux sèches.

Ordonnance pour une toux productive

• Ce sont des traitements « de confort » dont le SMR est considéré comme insuffisant par la HAS.

• Ils doivent être associés le plus souvent à une kinésithérapie (*cf.* ci-après).

• Leur prescription doit être limitée à une période courte (5 jours renouvelables) :

– **acétylcystéine cp 200 mg :** 1 cp matin, midi et soir ;

ou :

– **carbocistéine sirop adultes :** 750 mg/10 mL, matin, midi et soir.

Ordonnance pour une toux sèche

Réservée aux toux invalidantes, leur prescription doit être limitée à une période courte (5 jours renouvelables).

• *Opiacés :*

– **codéine (camphosulfonate de) sirop :** 1 cuillère à soupe (15 mL) lorsque survient la toux, en respectant un espacement de 6 heures et sans dépasser 4 cuillères à soupe/j. *Sujet âgé ou insuffisance hépatique : posologie initiale réduite de moitié* ;

ou :

– **dextrométhorphane (bromhydrate) sirop 150 mL :** 1 cuillère-mesure (5 mL = 15 mg) ou 2 cuillères-mesure (10 mL) au maximum par prise. En cas de besoin, renouveler la prise au bout de 4 heures.

Ordonnance pour une toux sèche (suite)

Ne pas dépasser 8 cuillères-mesure/j. *Sujet âgé ou insuffisance hépatique : posologie initiale réduite de moitié.*

- ***Antihistaminiques anticholinergiques,*** en particulier pour les toux nocturnes en raison de l'effet sédatif : **oxomémazine sirop 150 mL,** 10 mL/prise, 4 fois/j.
- ***Antitussifs non antihistaminiques non opiacés :*** **Hélicidine® 10 % sans sucre**, 2 cuillères à soupe 3 fois/j.

Kinésithérapie respiratoire et mesures hygiénodiététiques

- La kinésithérapie est nécessaire dans les toux avec expectoration abondante : une séance de drainage bronchique tous les jours ou tous les 2 jours durant 15 jours (durée adaptée à l'évolution).
- L'interruption d'un tabagisme actif ou passif est indispensable.
- Éviction des irritants et des allergènes (en particulier si terrain asthmatique).

SURVEILLANCE

- *De la tolérance du traitement :*

– en cas de mucolytiques, s'assurer de l'absence d'inondation bronchique (dyspnée, aggravation de la toux) ;
– en cas d'antitussifs : somnolence, constipation, nausées, sensations vertigineuses, réaction allergique cutanée ;
– chez la femme enceinte, l'utilisation d'opiacés en fin de grossesse et/ou pendant le travail peut induire une dépression respiratoire néonatale (surveillance particulière).

- *De la régression de la toux* dont la persistance inhabituelle après 3 semaines doit conduire à un bilan étiologique.

T

Tremblement essentiel de l'adulte

RAPPELS

Tremblement d'action qui peut être source de handicap, il survient le plus souvent vers 50 ans chez un sujet avec des antécédents familiaux dans 50 % des cas. Susceptible d'apparaître dès l'adolescence, sa prévalence est d'environ 3 % après 60 ans (3 fois plus que la maladie de Parkinson).

Diagnostic Clinique devant un tremblement rapide affectant les deux membres supérieurs, parfois de façon asymétrique, et possiblement la tête et la voix qui devient chevrotante. D'aggravation progressive (> 5 ans), le tremblement est postural et cinétique (test du verre, alimentation, habillage, écriture), contrairement au tremblement parkinsonien de repos. Il peut être réduit par l'ingestion d'alcool. Le reste de l'examen neurologique est normal. Le stress, l'émotion, le surmenage et le café peuvent aggraver le tremblement.

Objectif thérapeutique Contrôler la gêne fonctionnelle en réduisant le tremblement.

➠ *Les bêtabloquants sont les mieux évalués (50 à 70 % d'amélioration).*

➠ *Des antiépileptiques peuvent être proposés en deuxième intention après avis spécialisé.*

➠ *Aucun médicament n'est actuellement susceptible d'enrayer l'évolution des troubles qui peuvent se stabiliser spontanément.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Éliminer une autre cause de tremblement* : excès de caféine, hyperthyroïdie, usagers de drogues, sevrage alcoolique, maladie de Wilson, etc.
- *Rechercher un médicament favorisant les tremblements* : salbutamol, neuroleptiques (y compris métoclopramide), antidépresseurs, lithium, amiodarone, anticonvulsivants, immunosuppresseurs.
- *Rechercher une contre-indication aux bêtabloquants* : asthme, bronchopneumopathie obstructive sévère, bradycardie importante, trouble de conduction atrioventriculaire.
- *Rechercher un terrain à risque* : bêtabloquants → diabète sous hypoglycémiants, myasthénie, sujets âgés, insuffisance rénale (réduire la posologie de 50 % si clearance créatinine < 30 mL/min.
- *Recherche d'associations à prendre en compte* : bêtabloquants → antiarythmiques, digitaliques, inhibiteurs calciques.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

La mise en route d'un traitement doit être réservée aux formes invalidantes : **propranolol 40 mg,** cp sécable ; débuter à 20 mg 2 fois/j aux repas puis augmenter très progressivement la posologie en fonction du résultat clinique et de la tolérance. Le plus souvent, 120 mg/j en 3 prises sans dépasser 320 mg/j.

Rééducation fonctionnelle

Kinésithérapie : les études scientifiques limitées ne permettent pas de conclure à une amélioration significative et durable par la kinésithérapie. Cependant, une **rééducation centrée sur la préhension et plus généralement les gestes fins** comme l'écriture peut être proposée.

Situations particulières

- En deuxième intention, **primidone 250,** cp sécable : débuter à 125 mg 2 fois/j puis augmenter très progressivement la posologie jusqu'à 750 mg/j si nécessaire et si la tolérance est correcte (somnolence, sensations vertigineuses).
- L'**alprazolam**, cp sécable 0,50 mg, peut être également proposé à raison de 0,75 à 1,50 mg/j en 2 prises.
- *Les formes très sévères* peuvent être traitées en centres spécialisés par la **toxine botulinique** ou une **approche neurochirurgicale** (thalamotomie ou stimulation profonde du thalamus).

SURVEILLANCE

- Le plus souvent, aucune surveillance n'est nécessaire et le patient doit être rassuré sur l'absence d'autre lésion neurologique.
- Les formes évoluées invalidantes peuvent être prises en charge au titre d'une affection longue durée (ALD) à 100 %.

NOTES PERSONNELLES

T

Trichomonose

RAPPELS

Infection sexuellement transmissible (IST), bénigne et fréquente, due à *Trichomonas vaginalis*, parasite des voies uro-génitales, mais qui peut affecter la bouche, les amygdales ou le rectum. La transmission est exclusivement interhumaine et il faut souligner la coexistence fréquente de *Candida albicans*, mais également la possibilité d'autres agents infectieux : gonocoque, syphilis, *Chlamydiae*, mycoplasmes, VIH, *etc.*

Diagnostic Diagnostic devant des manifestations cliniques survenant de 5 à 20 jours après le rapport infectant et qui sont très différentes selon le sexe.

- **Chez l'homme,** urétrite subaiguë avec écoulement plus ou moins purulent, mais le plus souvent le patient reste asymptomatique, ce qui favorise la transmission. Une cystite ou une prostatite sont possibles.
- **Chez la femme,** vulvo-vaginite aiguë avec leucorrhées spumeuses et malodorantes, prurit vulvaire, brûlures, dyspareunie et parfois cystite. La muqueuse vaginale est rouge écarlate avec un piqueté hémorragique.
- Le diagnostic est assuré par l'examen direct ou après coloration des prélèvements
  - sur l'écoulement méatique et/ou le premier jet urinaire chez l'homme ;
  - sur l'écouvillonnage de la glaire du col utérin chez la femme.

Une analyse par PCR est également possible.

Objectif thérapeutique
- Soulager le patient symptomatique.
- Prévenir les complications infectieuses.
- Éviter et/ou traiter la contamination du/des partenaires.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Recherche de contre-indications aux imidazolés* : hypersensibilité connue.
- *Recherche d'associations déconseillées ou nécessitant des précautions d'emploi avec la prise d'imidazolés* : disulfirame (risque de bouffées délirantes, état confusionnel), AVK (augmentation du risque hémorragique avec nécessité de contrôle plus fréquent de l'INR et d'adaptation de la posologie d'AVK pendant le traitement et 8 jours après son arrêt).

Un traitement par imidazolés ne doit pas être prescrit pendant plus de 10 jours dans cette indication et ne doit pas être répété plus de 3 fois par an.
- *Recherche d'une infection génitale haute associée* chez la femme en cas de douleurs pelviennes, sensibilité au toucher vaginal lors de la mobilisation utérine ou des culs de sac, en cas de fièvre inexpliquée.
- *Rechercher d'autres IST associées chez le patient et son/ses partenaires identifiés* : VIH, VHB, VHC, syphilis, gonococcie, chlamydiose, etc.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTION

Ordonnance

• *Traitement « minute » chez la femme* : **métronidazole** cp 500 mg, 2 g *per os* en dose unique, traitement répété après 15 jours.
Un traitement local est associé : **métronidazole** ovules 500 mg, un ovule le soir pendant 10 jours.

• *Traitement « long » préconisé chez l'homme* pour éviter les atteintes prostatiques et dans les deux sexes dans les formes avec signes urinaires, ainsi qu'en cas de rechute : **métronidazole** cp 250 mg, 1 cp matin et soir pendant 10 jours.

Règles hygiénodiététiques

• *Le traitement simultané du ou des partenaires* est indispensable pour éviter une recontamination et limiter la diffusion.

• *Abstinence sexuelle* jusqu'à la guérison et au moins une semaine.

• Éviter la consommation de boissons alcoolisées pendant le traitement.

• En cas de traitement par métronidazole ovules, le risque de rupture de diaphragme ou de préservatif peut être accru. Il est nécessaire d'en informer les patientes, et de les informer sur la conduite à tenir en cas de rupture (utilisation de la contraception d'urgence, prise en compte du risque d'IST).

Situations particulières

• *Chez la femme enceinte*, bien qu'il n'y ait pas de contre-indication à l'utilisation du métronidazole, on préférera un traitement local pendant le premier trimestre de la grossesse.

• *Chez la femme qui allaite*, on pourra prescrire le métronidazole *per os* en dose unique avec arrêt de l'allaitement pendant 24 h.

SURVEILLANCE

• *Prévenir de la possibilité de manifestations indésirables* : vertiges, confusion, hallucinations. Éviter l'utilisation de véhicules ou de machines en cas de troubles.
• *Revoir le patient après 10 jours* pour s'assurer de la guérison et renouveler les conseils généraux vis-à-vis des IST : rapports protégés, vaccination contre VHB.

NOTES PERSONNELLES

T

Trouble anxieux aigu et attaque de panique

RAPPELS

Affecte 2 à 3 % de la population générale, plutôt les femmes (×2) et l'adulte entre 25 et 35 ans.

Diagnostic Devant un tableau associant une manifestation d'angoisse aiguë de survenue très brutale (acmé en quelques minutes), avec modifications du contenu des pensées, signes physiques objectifs (cardiovasculaires, respiratoires, digestifs, urinaires et parfois neurologiques) et impressions subjectives (sensation de mort imminente, de catastrophe, *etc.*) avec modifications du comportement. Résolution spontanée en 20 à 30 minutes. Risque de répétition des accès : attaque de panique.

Objectif thérapeutique Résolution rapide de l'accès, prévention des rechutes, éviter l'évolution vers un trouble anxieux chronique.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Rechercher une affection sous jacente qui peut être à l'origine d'un trouble anxieux aigu :* cardiovasculaire, neurologique, pulmonaire, toxique par intoxication ou par sevrage → toujours faire un bilan médical général avant de débuter la prise en charge psychiatrique. Par ailleurs, une origine psychiatrique peut être en cause, idiopathique ou secondaire.

• Favoriser une prise en charge initiale rassurante, empathique avec contrôle de la respiration, relaxation avec mise au calme.

• La prescription d'une anxiolyse médicamenteuse n'est envisagée qu'en cas d'échec de la prise en charge comportementale.

• *Recherche de contre-indications à un traitement de benzodiazépines :* myasthénie, insuffisance respiratoire, apnées du sommeil, porphyries, grossesse.

• *Recherche de terrains à risque :* sujets ayant consommé de l'alcool ou des toxiques, insuffisance hépatique.

• *Recherche d'associations à prendre en compte :* autres traitements dépresseurs du système nerveux central.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

- **Alprazolam 0,50 mg :** 1 cp au moment de la crise.

ou

- **Clorazépate 10 mg :** 1 cp au moment de la crise.

Information du patient sur l'état de vigilance potentiellement altéré.
Un accès aigu ne doit pas entraîner une prescription régulière.

Règles hygiénodiététiques

- Exercice physique et rythme de vie régulier.
- Consommation d'alcool et de toxiques fortement déconseillée.
- Régime alimentaire équilibré.
- Surveillance du sommeil.

Situations particulières

- *En cas d'angoisse de performance* (ou en cas de « trac » des artistes) : **propranolol 40 mg**, 1 cp avant la mise en situation anxiogène.
- *En cas de symptômes persistants* : **escitalopram 10 mg**, 1 cp/j. Traitement maintenu jusqu'à résolution des accès (sevrage progressif).
- *En cas d'agitation aiguë :* (cf. ordonnance correspondante)
- *En cas de manifestations allergiques associées chez l'adulte :* **hydroxyzine 25 mg**, 1 cp au moment de l'accès.
- *Chez l'enfant :* **hydroxyzine sirop (2 mg/mL)**, 1 mg/kg/j, administration au moment de l'accès.

SURVEILLANCE

- *De l'efficacité du traitement :* résolution rapide de la crise, qualité de l'anxiolyse.
- *De la tolérance :* recherche des effets secondaires tels que sédation, confusion, troubles du sommeil, amnésie antérograde, troubles psychiques (agitation et anxiété paradoxales), baisse de la vigilance, asthénie, éruption cutanée, douleurs musculaires.

MESURES COMPLÉMENTAIRES

- **Thérapie cognitivocomportementale :** principe d'exposition progressive avec réduction de la charge anxieuse.
- L'EMDR *(Eye Movement Desenzitization and Reprocessing)* : travail sur la charge émotionnelle en lien avec les premiers accès.
- Consultation en hypnologie si troubles du sommeil persistants.

NOTES PERSONNELLES

T

Trouble anxieux chronique

RAPPELS

Prévalence vie entière : 20 % de la population générale.

Diagnostic

- *Diagnostic d'un trouble anxieux généralisé (TAG)* devant un tableau d'anxiété chronique de fond avec ruminations permanentes. Trouble à l'origine de nombreuses consultations en médecine générale ou d'urgence. Comorbidités addictives à rechercher systématiquement.
- *Diagnostic d'un trouble obsessionnel compulsif (TOC)* devant un tableau associant des obsessions : idéations répétitives au caractère parfois absurde contre lesquelles le sujet lutte par des compulsions (actions répétitives). Les rituels constituent l'ensemble des comportements répétitifs (dont les compulsions).
- *Diagnostic d'un trouble panique* devant la survenue répétée d'épisodes anxieux aigus (ou attaque de panique).

Objectif thérapeutique Réduction de l'anxiété pour permettre une vie personnelle et sociale normale, prévention des comorbidités (dépression, addictions, etc.).

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Rechercher une affection sous-jacente* qui peut être à l'origine d'un trouble anxieux chronique : carcinome, hémopathie, maladies

neurologiques, cardiovasculaires, pulmonaires, endocriniennes, rénales, infectieuses, inflammatoires, métaboliques → toujours faire un bilan médical général avant de débuter la prise en charge psychiatrique. Par ailleurs, une agitation à connotation bizarre ou des éléments délirants doivent faire évoquer un trouble psychotique.

- *Recherche de contre-indications aux inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine :* épisode maniaque, allongement de l'intervalle QT.
- *Recherche de terrains à risque :* sujets < 18 ans ou > 65 ans, insuffisance hépatique (réduire la posologie de 50 %), insuffisance rénale (posologies usuelles avec surveillance), grossesse, comitialité, diabète, risque suicidaire (risque de levée d'inhibition).
- *Recherche d'associations contre-indiquées :* IMAO, linézolide, triptans, pimozide, métoprolol, médicaments allongeant l'espace QT.
- *Recherche d'associations déconseillées :* imipraminiques, méthadone, antipsychotiques, diurétiques, millepertuis, lithium, AVK, carbamazépine, tramadol.
- *Bilan préthérapeutique :* ionogramme (surveillance de la natrémie si sujet à risque).

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

- **Escitalopram 10 mg :** 1 cp à midi.

ou

- **Paroxétine 20 mg :** 1 cp le matin.

Le traitement est prescrit jusqu'à obtention d'une amélioration stable des troubles avec période de consolidation d'au moins 3 mois. Le sevrage doit être progressif.

Règles hygiénodiététiques

- Exercice physique et rythme de vie régulier.
- Consommation d'alcool et de toxiques fortement déconseillée.
- Régime alimentaire équilibré.
- Surveillance du sommeil.

Situations particulières

- *En cas d'attaque de panique :* **alprazolam 0,50 mg**, 1 cp au moment de la crise. La prescription doit être de courte durée et ne se substitue pas au traitement de fond en cas de trouble chronique.
- *En cas de TOC :* **fluoxétine 20 mg**, 1 cp le matin et à midi. Les posologies sont supérieures à celles utilisées dans le syndrome dépressif.
- *En cas de TOC invalidants et résistants :*

– **rispéridone 1 mg :** 1 cp le matin et le soir ;

et

– **fluoxétine 20 mg :** 1 cp le matin et à midi.

- *En cas d'agitation aiguë : cf.* ordonnance correspondante.

SURVEILLANCE

• *De l'efficacité du traitement* : résolution rapide de la crise, qualité de l'anxiolyse.

• *De la tolérance* : recherche des effets secondaires tels que sédation, confusion, troubles du sommeil, amnésie antérograde, troubles psychiques (agitation et anxiété paradoxales), baisse de la vigilance, asthénie, éruption cutanée, douleurs musculaires.

MESURES COMPLÉMENTAIRES

Thérapie cognitivocomportementale
– *dans le TAG* : lutte contre les ruminations répétitives et les comportements d'évitement ;
– *dans le TOC* : prise de conscience des idées obsédantes, modification des idées automatiques, suppression progressive des rituels.

NOTES PERSONNELLES

T

Trouble bipolaire

RAPPELS

Trouble cyclique de l'humeur qui atteint l'adulte jeune (25-35 ans mais formes précoces ou tardives possibles) et qui concerne 1 à 2 % de la population générale.

Diagnostic Devant un tableau associant une répétition d'épisodes thymiques séparés par des intervalles libres sains :
– *le trouble bipolaire de type I* est la forme caractéristique : au moins 1 épisode maniaque (exaltation, agitation et insomnie) associé de manière variable à des épisodes dépressifs ;
– *le trouble bipolaire de type II* : au moins 1 épisode hypomaniaque ;
– *le trouble bipolaire de type III* : au moins 1 épisode d'hypomanie iatrogène.

Objectif thérapeutique Stabilité de l'humeur, prévention du risque suicidaire, qualité de vie satisfaisante et maintien de l'insertion socio-professionnelle.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Recherche de contre-indications au traitement par le lithium* : insuffisance rénale même modérée (ClCr < 85 mL/min), régime/déplétion hydrosodée, grossesse, altération de la fonction cardiaque ventriculaire, intolérance au gluten.

- *Recherche de terrains à risque* : dysthyroïdie, obésité, comitialité, troubles du rythme cardiaque.
- *Recherche d'associations déconseillées* : AINS, carmabazépine, diurétiques, inhibiteurs de l'enzyme de conversion, antagonistes de l'angiotensine, antipsychotiques à posologies élevées.
- *Recherche d'associations à prendre en compte* : antidépresseurs sérotoninergiques, clozapine, méthyldopa, diltiazem, vérapamil, anesthésiques généraux.
- *Bilan préthérapeutique* : EEG, ECG, NFS, ionogramme sanguin avec calcémie, mesure de la fonction rénale (créatinine et clairance de la créatinine, recherche d'une protéinurie), T4 et TSH, glycémie, β-HCG.
- Mise en place d'une contraception si patiente en âge de procréer.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

Carbonate de lithium LP 400 mg : 1 cp le soir pendant 5 jours puis 1 ½ cp le soir à partir de J6 si lithiémie mesurée 24 h après la dernière prise (soit le lendemain soir avant la prise suivante) < 0,5 mmol/L. Les posologies peuvent être majorées d'½ cp tous les 5 jours pour *obtenir une lithiémie efficace et stable entre 0,5 et 0,8 mmol/L le soir avant la prise*.

Règles hygiénodiététiques

- Régularité et rigueur de la prise de carbonate de lithium, ne pas « compenser » un oubli de prise.
- Signaler systématiquement la prise de lithium lors d'une consultation médicale.
- Consommation de cannabis à proscrire (facteur favorisant les symptômes), tabagisme et consommation d'alcool fortement déconseillés.
- Rythme de vie régulier et surveillance du sommeil.

Situations particulières

- *En cas de contre-indication du lithium :* **divalproate de sodium 500 mg**, 1 000 à 2 500 mg/j en deux prises avec une augmentation très progressive de la posologie et une surveillance de la numération globulaire, des transaminases, du bilan de coagulation et du temps de saignement à J15 ; puis des transaminases tous les 6 mois.
- *En cas de symptômes dépressifs prédominants :* **quétiapine LP (cp à 50 et 300 mg)** à posologies progressives, débuter à 50 mg/j pour atteindre 300 à 600 mg/j en 1 prise le soir avant le repas.

Situations particulières (suite)

- *En cas d'accès maniaque avec agitation :*

– associer un psychotrope sédatif : **cyamémazine (cp sécables 100 mg)**, 50 à 300 mg/j ;

ou

– **lorazépam 2,5 mg :** 2,5 à 7,5 mg/j.

- *En cas de symptômes résistants :*

– administration d'un antipsychotique de seconde génération en association au traitement thymorégulateur : **olanzapine**, 20 mg/j en 1 prise ;

ou

– **aripiprazole :** 20 mg/j en 1 prise.

- *En cas d'urgence ou de symptomatologie incontrôlée :* électroconvulsivothérapie.

SURVEILLANCE

- De l'efficacité du traitement : amélioration des symptômes, stabilité thymique.
- De la fonction rénale, thyroïdienne et de la lithiémie si traitement par lithium (une fois la lithiémie efficace atteinte, les dosages sanguins sont effectués toutes les semaines pendant le premier mois, puis tous les mois pendant le premier trimestre, puis tous les deux mois).
- De la fonction hépatique et du poids si traitement par divalproate de sodium (la dépakinémie n'est pas le reflet de l'efficacité thymorégulatrice du valproate).
- Des effets indésirables liés au traitement antipsychotique le cas échéant (*cf.* ordonnance « Schizophrénie »).

MESURES COMPLÉMENTAIRES

- Éducation thérapeutique : amélioration de la connaissance de la maladie et des signes prodromiques (pour limiter les rechutes).
- Thérapie cognitivocomportementale : modifier les schémas cognitifs négatifs qui favorisent les rechutes.
- Consultation en hypnologie si troubles du sommeil persistants.

NOTES PERSONNELLES

T

Troubles du comportement alimentaire

RAPPELS

L'anorexie mentale affecte principalement des femmes (9/10 cas) avec une prévalence de 10 % pour les formes légères (chez les adolescentes) et de 0,5 % pour les formes graves.

La boulimie affecte 3 % de la population, généralement des femmes (70 %)

Diagnostic

- *Anorexie mentale* devant une restriction alimentaire avec sensation de faim, un amaigrissement recherché avec déni de la maigreur, une aménorrhée prolongée.
- *Boulimie* devant des épisodes de gavage alimentaire anarchique précédés de prodromes (anxiété, dysphorie) et associés à des stratégies de contrôle du poids (vomissements, restrictions, etc.), ces épisodes étant vécus avec culpabilité.

Tous les troubles du comportement alimentaires peuvent s'accompagner de vomissements (destinés à contrôler le poids) et de prises de laxatifs et/ou de diurétiques.

Objectif thérapeutique Normalisation de la conduite alimentaire et du poids, dépistage et prévention des complications.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Bilan préthérapeutique* : IMC (poids [kg]/taille^2 [m^2]), NFS, ionogramme sanguin, VS, glycémie, phosphorémie, calcémie, bilan hépatique, nutritionnel et de coagulation, ECG, radio de thorax, et si IMC < 13 → ostéodensitométrie.

• *Recherche de complications* : dénutrition et carences, ostéoporose, pancytopénies, insuffisance rénale, arythmies par troubles électrolytiques, dermatologiques, neurologiques.

• *Recherche de terrains à risque nécessitant une hospitalisation* : IMC < 13, « état de mal boulimique », complications multiviscérales, échec du traitement ambulatoire, conflits familiaux sévères, syndrome dépressif avec risque suicidaire.

• *Repérer un diagnostic différentiel* : tumeur cérébrale, hémopathies, dysthyroïdie, maladie de Crohn, insuffisance hypophysaire, diabète, syndrome de Kleine-Levin (hypersomnie/hyperphagie), syndrome de Klüver-Bucy (troubles neuropsychiques/boulimie/hypersexualité), pathologies psychiatriques (mélancolie, trouble psychotique, phobie alimentaire, trouble anxieux sévère).

• *Recherche d'associations contre-indiquées* avec les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine : IMAO, linézolide, triptans, pimozide, métoprolol, médicaments allongeant l'espace QT.

• *Recherche d'associations déconseillées* : antidépresseurs imipraminiques, méthadone, antipsychotiques, diurétiques, millepertuis, lithium, AVK, tramadol, carbamazépine.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

- **Escitalopram 10 mg :** 1 cp le midi.

ou

- **Paroxétine 20 mg :** 1 cp le matin.

Le traitement est prescrit jusqu'à obtention d'une amélioration stable des troubles avec période de consolidation d'au moins 3 mois. Le sevrage doit être progressif.

Règles hygiénodiététiques

- Rythme de vie régulier.
- Consommation d'alcool, de tabac et de toxiques fortement déconseillée.

Situations particulières

- *En cas de dépression*, de troubles anxieux et/ou de TOC associés : cf. chapitres correspondants.
- *Si terrain à risque ou demande de la patiente :* hospitalisation avec contrat de reprise de poids, renutrition et diversification progressive (reprise de 1,5 kg/semaine au maximum pour éviter l'hypervolémie), supplémentation en phosphore, sonde nasogastrique si IMC < 12.

SURVEILLANCE

- De l'efficacité du traitement : reprise de poids.
- De la tolérance avec recherche des effets indésirables : sédation, confusion, troubles du sommeil, amnésie antérograde, troubles psychiques (agitation et anxiété paradoxales), baisse de la vigilance,

asthénie, céphalées, hypersudation, nausées, diarrhée, éruption cutanée, douleurs musculaires, hyponatrémie.

MESURES COMPLÉMENTAIRES

- Thérapie cognitivocomportementale : modifier la contre-régulation alimentaire et les distorsions cognitives.
- Éducation alimentaire.
- Thérapies corporelles (relaxation, gymnastique, massages).
- Approche systémique familiale.
- Groupe d'entraide.
- Remédiation cognitive (rééducation des fonctions cognitives altérées).

NOTES PERSONNELLES

T

Troubles fonctionnels digestifs

RAPPELS

Les troubles fonctionnels digestifs regroupent des symptômes d'évolution chronique et bénigne, sans pathologie ou lésion organique susceptible de les expliquer. Très répandus (10 à 20 % en France), ils regroupent plusieurs entités dont les plus fréquentes sont le syndrome de l'intestin irritable et le syndrome dyspeptique.

Diagnostic Clinique devant des symptômes présents depuis > 6 mois :

– le syndrome de l'intestin irritable associe de façon variable douleurs abdominales soulagées par la défécation, selles plus fréquentes et/ou plus molles lors des épisodes douloureux, ballonnement abdominal, mucus sur les selles, sensation d'exonération incomplète ;

– le syndrome dyspeptique associe douleur et plénitude épigastriques post-prandiales, sensation de satiété précoce et/ou de digestion prolongée, éructations, nausées, vomissements, l'ensemble étant déclenché ou aggravé par la prise alimentaire. La recherche d'*H. pylori* est justifiée devant un trouble prolongé et/ou récidivant.

Le diagnostic de troubles fonctionnels reste un diagnostic d'élimination. Un examen clinique approfondi (comportant un toucher rectal) et des examens complémentaires orientés (en particulier coloscopie si début > 40 ans, antécédent familial de cancer du côlon, altération de l'état général, amaigrissement, syndrome rectal ou rectorragies) doivent éliminer une pathologie organique : cancer colorectal, dysthy-

roïdie, maladie cœliaque, intolérance au lactose ou maladie inflammatoire de l'intestin.

Objectif thérapeutique Soulager les symptômes, améliorer le confort psychologique, mais aussi éviter le nomadisme, la surconsommation médicale et la répétition d'examens complémentaires inutiles.

➠ *Le recours à un suivi psychologique ou psychothérapeutique et le traitement médicamenteux d'un syndrome anxiodépressif peuvent être nécessaires.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- Rassurer le patient et instaurer une relation de confiance.
- *Rechercher des médicaments susceptibles d'être en cause :* AINS, diphosphonates, érythromycine, tétracyclines, sildénafil et tadalafil, théophylline.
- Éviter les antalgiques de palier 2 et 3 et les AINS, peu efficaces et pourvoyeurs d'effets secondaires et de dépendance.
- En cas de constipation, éviter les laxatifs lubrifiants (huile de paraffine) au long cours qui limitent l'absorption des vitamines liposolubles, et les laxatifs stimulants (bisacodyl, certains extraits de plantes) pourvoyeurs d'hypokaliémie.
- Les pansements digestifs doivent être prescrits à distance du traitement habituel.
- *Rechercher des interactions avec les IPP :* atazanavir et nelfinavir (dont l'absorption est réduite de 75 %), clopidogrel (réduction de l'activité antiagrégante), les nombreux substrats du cytochrome P 2C19 (anticonvulsivants, antidépresseurs, antidiabétiques oraux, AINS, AVK [perturbations de l'INR], tamoxifène, voriconazole, etc.).

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance dans le syndrome de l'intestin irritable

• *Un antalgique antispasmodique est habituellement nécessaire :* **phloroglucinol 80 mg**, 2 cp matin, midi et soir durant 1 à 3 semaines.

• *En cas de constipation chronique :*

– laxatifs de lest (mucilages + son) :

- **ispaghul :** 2 à 3 sachets de 30 g/j en 1 ou 2 prises (également Karayal®, psyllium),
- **galettes de son de blé ou d'orge :** 2 à 4 galettes de 10 g/j ;

ou

– laxatifs osmotiques :

- **polyéthylène glycol (PEG 4 000) :** 1 à 2 sachet de 10 g 1 à 2 fois/j,

ou

- **lactitol :** 1 à 2 sachet de 10 g 1 à 2 fois/j (également lactulose, mannitol).

• *En cas de diarrhée :*

– **lopéramide 2 mg :** 1 gél. midi et soir, à heure fixe ;

ou

– **diosmectite :** un sachet matin, midi et soir, au moins 1 heure après les autres médicaments.

• *En cas de ballonnements :* **charbon activé**, 1 cp après chaque repas, au moins 2 heures après la prise des autres médicaments.

Ordonnance dans le syndrome dyspeptique antisécrétoires

Elle vise à neutraliser la sécrétion acide.

• **Phosphate d'aluminium :** 1 cuillère à soupe 60 minutes après chaque repas et, si amélioration insuffisante,

• **Oméprazole 20 mg :** 1 cp le matin pendant 3 semaines.

Règles hygiénodiététiques

- Diététique : alimentation riche en fibres en cas de constipation. Hydratation suffisante. Prise des repas à heure fixe. La fragmentation de l'alimentation avec la prise de petits repas est logique, notamment si la vidange gastrique est ralentie. Plusieurs régimes d'exclusion ont été proposés mais leur efficacité est controversée et ils peuvent favoriser l'apparition de troubles du comportement alimentaires chez ces patients.
- Exercice physique régulier à privilégier.

Situations particulières

En cas de syndrome anxiodépressif : **amitriptyline 4 %**, 10 gouttes au coucher, à réévaluer à 3 semaines.

SURVEILLANCE

- De l'apparition de symptômes devant faire revoir le diagnostic et réaliser des explorations complémentaires.
- À l'inverse, savoir refuser la réalisation de nouveaux examens complémentaires et l'expliquer au patient.

NOTES PERSONNELLES

U

Ulcère gastrique et ulcère duodénal

RAPPELS

Résultant d'un déséquilibre entre des facteurs d'agression muqueuse (sécrétions acide et peptique) et des facteurs de défense (mucus, épithélium de surface, vascularisation, contrôle de la rétrodiffusion des ions acides et des prostaglandines), il est admis que dans l'ulcère duodénal, l'agression chlorhydropeptique est dominante alors que dans l'ulcère gastrique, l'altération muqueuse est dominante. Ce déséquilibre résulte de différents facteurs génétiques et d'environnement : prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et d'aspirine, tabagisme, infection à *Helicobacter pylori* (HP ; 85 % des ulcères gastriques et 95 % des ulcères duodénaux).

Diagnostic Clinique devant un syndrome ulcéreux (douleur épigastrique quotidienne, à type de crampe, à distance du repas, parfois nocturne, calmée par l'alimentation et évoluant par périodes). Mais de nombreux ulcères se présentent sous une forme moins typique (brûlure épigastrique ou syndrome dyspeptique, vomissements, hémorragie, perforation) avec parfois une latence clinique complète. Le diagnostic repose sur la mise en évidence d'une lésion ulcéreuse à l'endoscopie digestive haute qui permet des prélèvements à la recherche d'*Helicobacter Pylori* et la réalisation de biopsies lorsque l'ulcère est gastrique (nécessité d'éliminer une pathologie maligne).

La découverte de HP implique un traitement qui évolue régulièrement en fonction de la prévalence des résistances bactériennes aux antibiotiques.

Objectif thérapeutique Obtenir la cicatrisation complète de l'ulcère, guérir une éventuelle infection à *Helicobacter pylori*, identifier une lésion maligne sous-jacente.

➠ *Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) sont essentiels.*

➠ *Un traitement antibiotique est nécessaire à l'éradication d'HP :*
– il est indispensable d'avoir démontré la présence d'HP avant un traitement d'éradication ;
– en l'absence d'antibiogramme, le traitement est probabiliste ;
– en cas de grossesse ou d'allaitement, le traitement antibiotique doit être différé.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Rechercher des interactions médicamenteuses avec les IPP :* atazanavir et nelfinavir (dont l'absorption est réduite de 75 %), clopidogrel (réduction de l'activité antiagrégante), les nombreux substrats du cytochrome P 2C19 (anticonvulsivants, antidépresseurs, antidiabétiques oraux, AINS, AVK [perturbations de l'INR], tamoxifène, voriconazole, etc.).

• *Rechercher des associations médicamenteuses déconseillées :*
– *amoxicilline* : allopurinol, méthotrexate ;
– *clarithromycine* : dérivés de l'ergot de seigle, bépridil, cisapride, statines, halofantrine ;
– *lévofloxacine* : nitrofuranes, psoralènes.

• *Rechercher des terrains à risques :* insuffisance rénale ou hépatique, sujets âgés.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance en cas d'ulcère duodénal

Oméprazole 20 mg : 1 gél./j, pendant 4 semaines.

Ordonnance en cas d'ulcère gastrique

Oméprazole 20 mg : 1 gél./j, pendant 6 semaines.

Ordonnance en présence d'*Helicobacter pylori* : IPP + antibiothérapie

• *Le traitement probabiliste comporte deux options :*
– soit *quadrithérapie concomitante de 14 jours* associant un IPP une dose matin et soir (ex. : **oméprazole 20 mg** matin et soir) + **amoxicilline** (1 g matin et soir) + **clarithromycine** (500 mg matin et soir) + **métronidazole** (500 mg matin et soir) ;
– soit *quadrithérapie avec bismuth de 10 jours* associant un IPP (même dose) à une association pharmaceutique de bismuth + tétracycline + métronidazole (**Pylera®** : 3 gél. 4 fois/j). À prendre avec un grand verre d'eau (250 mL) après les repas. Ne pas dépasser 10 jours de traitement. *Cette option est à privilégier en cas de prise antérieure de macrolide ou d'allergie à l'amoxicilline.*

• *Le traitement est guidé par l'étude de la sensibilité aux antibiotiques :*
– en cas de sensibilité à la clarithromycine, une *trithérapie concomitante de 14 jours* associant un IPP + **amoxicilline** + **clarithromycine** (même doses) ;.
– en cas de résistance à la clarithromycine (30 %), une *trithérapie concomitante de 14 jours* associant un IPP (même dose) + **amoxicilline** + lévofloxacine (500 mg/j en une prise) ;

– en cas d'allergie à l'amoxicilline, quadrithérapie au bismuth de 10 jours (*cf.* ci-avant).

• Une information soigneuse du patient est nécessaire afin d'assurer une observation optimale.

Règles hygiénodiététiques

• Arrêt du tabac qui augmente la sécrétion acide et retarde la cicatrisation des ulcères duodénaux.

• Arrêt de l'alcool qui favorise les gastrites et les ulcères aigus.

• Éviter l'automédication, notamment à base d'AINS et d'aspirine.

Situations particulières

• *En cas d'infection à* Helicobacter pylori, un contrôle systématique de l'éradication est nécessaire 4 semaines après le traitement, par un test respiratoire. Réaliser 2 ordonnances :
– l'une pour l'achat du test en pharmacie : **Helicobacter Test INFAI®** ;
– et l'autre pour sa réalisation en laboratoire.

• *En cas d'ulcère compliqué* (hémorragie, perforation, sténose, cancer), une prise hospitalière et multidisciplinaire est nécessaire.

SURVEILLANCE

• Après traitement d'un ulcère gastrique, une endoscopie de contrôle après 6 semaines doit être réalisée systématiquement pour contrôler la cicatrisation et réaliser des biopsies multiples de la cicatrice destinées à éliminer un cancer gastrique débutant. En l'absence de cicatrisation et en fonction du résultat des biopsies, un traitement chirurgical est à discuter.

• Après traitement d'un ulcère duodénal, le risque de cancer étant exceptionnel, un contrôle endoscopique est inutile sauf récidive symptomatique.

U

Ulcère des membres inférieurs

RAPPELS

Perte de substance cutanée d'origine vasculaire dont la prévalence, toutes causes confondues, est de 3 % après 65 ans. L'évolution est caractérisée par sa chronicité, supérieure à un an pour 25 à 50 % des plaies.

Diagnostic Deux grands types doivent être distingués selon leur origine.

– *Ulcères veineux* (60 à 80 %) suspectés devant le terrain (femme, obésité), le caractère souvent unique, périmalléolaire, peu douloureux, la peau périulcéreuse évocatrice d'insuffisance veineuse (lymphœdème, dermite ocre, botte scléreuse, varices, etc.) et les pouls périphériques présents. Ils sont d'origine post-thrombotiques (50 à 60 %) ou liés une insuffisance veineuse superficielle (40 à 50 %). Un écho-Doppler veineux précise la perméabilité des vaisseaux et la continence valvulaire. L'index de pression systolique évalue la part artérielle associée.

– *Ulcères artériels* (10 à 30 %) suspectés devant le terrain (homme, ATCD cardiovasculaires, tabac), le caractère souvent multiple et douloureux, la topographie suspendue (face antérieure ou latérale de la jambe), les bords abrupts, la peau périulcéreuse dépilée, pâle, atrophique et les pouls périphériques absents. Un écho-Doppler artériel confirme le diagnostic. La $TcPO_2$, qui mesure la pression de l'oxygène diffusé à travers la peau, précise la viabilité cutanée dans les atteintes sévères.

Objectif thérapeutique Soulager la douleur, cicatriser l'ulcère, traiter la cause pour éviter les récidives.

➠ *Le traitement est celui de la cause : en cas d'ulcère artériel, revascularisation ; en cas d'ulcère veineux, prévention de l'œdème et si insuffisance veineuse superficielle isolée (réseau profond normal), traitement chirurgical (éveinage, crossectomie, etc.). Les soins locaux sont identiques quelle que soit l'étiologie de l'ulcère. Pas de prescription d'antiseptiques (risque de sensibilisation et d'eczéma périulcéreux).*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- Chercher la cause de l'ulcère par un *bilan vasculaire* : écho-Doppler artériel et veineux (réseau superficiel et profond, recherche de reflux/obstruction) des membres inférieurs.
- Bien différencier colonisation d'une plaie ouverte et infection (dermo-hypodermite bactérienne : placard inflammatoire à distance de la plaie et fièvre).
- *Rechercher une contre-indication à la contention veineuse* : artériopathie oblitérante sévère des membres inférieurs (IPS < 0,6), microangiopathie diabétique.
- *Toujours rechercher une complication* : érysipèle, eczéma.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

Faire réaliser par un infirmier diplômé d'État des soins locaux quotidiens, week-ends et jours fériés compris, jusqu'à cicatrisation
– nettoyage au sérum physiologique et si nécessaire débridement à la curette après application d'un **anesthésique topique** (crème à 5 % associant prilocaïne et lidocaïne) ;
– phase de détersion : **pansements alginates** (par ex : Algostéril®, Sorbalgon®, Urgosorb®), à humidifier au sérum physiologique ;
– phase de bourgeonnement et d'épidermisation : **pansements interface** (par ex : Hydrotul®, Interface S®, Suprasorb®).

Règles hygiénodiététiques

• *En cas d'ulcère artériel :* contrôle des facteurs de risque cardiovasculaire, arrêt du tabac, marche régulière.

• *En cas d'ulcère veineux :*
– **contention veineuse des membres inférieurs** indispensable par un bas ou un collant de force 3 (si intolérance, force 2). Prescription pour deux paires ;
– lutte contre l'obésité ;
– kinésithérapie de drainage des membres inférieurs après cicatrisation (15 séances en 8 semaines).

• *En cas d'ulcère mixte,* une contention veineuse faible (force 1) est possible.

• Mise à jour de la vaccination antitétanique.

Situations particulières

• *Angiodermite nécrotique* : terrain → femme > 60 ans, hypertension, diabète. Plaie de début brutal (possiblement post-traumatique),

Situations particulières (suite)

douleur intense, ulcération superficielle, bords purpuriques déchiquetés, liseré livédoïde périphérique, pas d'exposition tendineuse ou osseuse, pouls périphériques présents : adresser en consultation spécialisée pour discussion de greffe cutanée.

- *En cas de dermo-hypodermite bactérienne* à point de départ de l'ulcère, antibiothérapie de première intention à visée antistreptocoque seul : **amoxicilline**, 50 à 100 mg/kg en 3 prises pendant 10 à 15 jours. Ne pas chercher à couvrir tous les germes présents sur les résultats microbiologiques de l'écouvillon (colonisation)

SURVEILLANCE

Délai de cicatrisation : si ce dernier est trop long (mesures identiques entre M0 et M3), adresser le patient en consultation spécialisée pour assurer une meilleure détersion et dépister un éventuel carcinome épidermoïde.

NOTES PERSONNELLES

U

Urétrite aiguë chez l'homme

RAPPELS

Manifestation clinique la plus fréquente des infections sexuellement transmissibles (IST) chez l'homme. *Neisseria gonorrhoea* et *Chlamydia trachomatis* sont les deux germes fréquemment en cause avec une possibilité d'infection mixte. D'autres agents pathogènes peuvent être impliqués dans les urétrites :

- *Mycoplasma genitalium* ;
- *Ureaplasma urealyticum* ;
- *Mycoplasma hominis* ;
- *Trichomonas vaginalis* ;
- *Herpes simplex virus* (HSV 2) ;
- autres : streptocoques, etc.

Diagnostic Généralement facile en présence d'une dysurie et/ou d'une gêne urétrale avec ou sans écoulement du méat. À l'examen clinique, on retrouve une rougeur du méat. Il est important de rechercher d'éventuelles complications : prostatite, orchiépididymite, localisation pharyngée ou anorectale, infection disséminée, etc.

Il faut souligner que les infections à *Chlamydia trachomatis* sont asymptomatiques dans près de 50 % des cas. Ceci est beaucoup plus rare pour les urétrites à *Neisseria gonorrhoea* (10 %) dont les complications sont plus classiques.

Le diagnostic est confirmé par la présence d'une leucocyturie et de germes sur les prélèvements microbiologiques. Cependant, l'absence de leucocyturie n'exclut pas le diagnostic d'IST si les signes cliniques sont typiques d'urétrite.

• L'urétrite à gonocoque nécessite un frottis urétral de façon à obtenir une culture et un antibiogramme.

• Pour les urétrites à *Chlamydia trachomatis*, la culture est difficile et la recherche s'effectue par détection antigénique en immunofluorescence ou, mieux, par PCR sur les urines du matin avec une vessie non vidée depuis au moins 2 h.

• Cette recherche par PCR est également possible pour le gonocoque.

La recherche clinique et sérologique des autres IST (VHB, VHC, syphilis, VIH) doit être proposée dans tous les cas.

Objectif thérapeutique Soulager les symptômes, guérir l'infection et prévenir la transmission.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Recherche d'une association médicamenteuse déconseillée avec les macrolides* (cisapride, tacrolimus, colchicine) *ou d'une contre-indication aux tétracyclines* (insuffisance hépatique ou rénale, rétinoïdes, psoralènes) *ou d'une allergie aux céphalosporines.*

• *En l'absence d'écoulement ou de leucocytes*, le plus souvent chez un patient paucisymptomatique, le traitement peut être différé en attendant le résultat des prélèvements qui prennent environ 3 à 4 jours.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• En cas d'écoulement purulent ou de leucocyturie, *a fortiori* si le patient est symptomatique, un traitement probabiliste à la fois pour *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoea* est justifié. Le traitement nécessite une double antibiothérapie en monodose s'il n'y a pas d'allergie : ceftriaxone IM et azithromycine PO.

• Le traitement de l'urétrite à *Chlamydia trachomatis* repose en premier choix sur l'azithromycine ou la doxycycline. La prise unique d'azithromycine favorise certainement l'observance thérapeutique :
– **azithromycine monodose :** 4 cp à 250 mg en une prise unique, en dehors ou lors d'un repas ;
ou
– **doxycycline 100 mg :** 1 cp 2 fois/j pendant 7 jours.
Le risque de photosensibilisation avec les tétracyclines nécessite d'éviter l'exposition au soleil et/ou aux UV durant le traitement.

• Le traitement de l'urétrite à *Neisseria gonorrhoea* repose sur la ceftriaxone – l'augmentation des résistances aux fluoroquinolones justifie leur non-utilisation dans ce contexte
– **ceftriaxone 500 mg :** une IM en dose unique (comporte de la lidocaïne) ;
– le **céfixime** est une alternative à la posologie de 400 mg *per os* en dose unique mais semble être moins efficace.

• Les partenaires sexuels doivent également être traités.

Situations particulières

En cas d'urétrite récidivante, il faut évoquer une absence d'observance thérapeutique mais surtout une possible réinfection avec un partenaire. Il faut également rechercher une résistance aux antibiotiques pour *Neisseria gonorrhoea* (l'antibiogramme est discriminant) et rechercher des pathogènes moins fréquents (herpès, *trichomonas vaginalis*, etc.). Dans tous les cas, il faudra traiter le(s) partenaire(s) pour éviter l'effet « ping-pong ».

U

Urticaire aiguë

RAPPELS

Les lésions d'urticaire correspondent à la survenue d'un œdème dermique (urticaire superficielle) ou dermo-hypodermique (urticaire profonde ou angio-œdème) dû à une vasodilatation liée à la libération d'histamine par les mastocytes. La terminologie d'urticaire aiguë est réservée aux formes évoluant depuis moins de 6 semaines, d'urticaire chronique aux formes évoluant depuis plus de 6 semaines malgré un traitement bien conduit.

Diagnostic Clinique devant des papules érythémateuses ortiées, œdémateuses à bords nets, fugaces, migratrices et prurigineuses (urticaire superficielle) et devant une tuméfaction ferme, mal limitée, ni érythémateuse ni douloureuse, qui provoque une sensation de tension (urticaire profonde).

Objectif thérapeutique Raccourcir la durée d'évolution et soulager le prurit.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- Expliquer au patient qu'*aucun examen complémentaire n'est nécessaire* devant une forme aiguë.
- Expliquer au patient qu'une origine allergique sera suspectée si les lésions surviennent dans les minutes ou maximum dans un délai de 2 heures après l'ingestion d'un aliment ou d'un médicament.

• *Recherche de contre-indications* : glaucome et adénome prostatique pour les antihistaminiques H1 de première génération (dexchlorphéniramine, hydroxyzine, méquitazine).

• *En cas d'associations d'anti-H1*, éviter l'association de molécules pouvant agir sur la cellule myocardique (allongement de QT, troubles rythmiques). La cétirizine et la féxofénadine n'agissent pas sur le myocarde.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

- Antihistamique H1 de 2e génération :
– **desloratadine :** 5 mg/j ;
ou
– **lévocétirizine :** 5 mg/j ;
ou
– **cétirizine :** 10 mg/j en une prise vespérale de 1 cp pendant 3 semaines à 1 mois selon la sévérité de l'éruption.
- Éviction du facteur déclenchant, s'il est identifié.

Situations particulières

Urticaire aiguë chez l'enfant, **desloratadine sirop :**
– de 1 à 5 ans : 2,5 mL (1,25 mg), 1 fois/j ;
– de 6 à 12 ans : 5 mL (2,5 mg), 1 fois/j.

Œdème de Quincke ou angio-œdème de la sphère ORL

- Dans les formes modérées :
– **méthylprednisolone :** 20 à 40 mg IM ou IVL ;
– **dexchlorphéniramine injectable :** 1 ampoule de 5 mg IM ou IV ;
– **adrénaline en aérosol :** 1 ampoule de 1 mg dans 5 mL de NaCl 0,9 % en cas de gêne laryngée.
- Dans les formes mettant en jeu le pronostic vital :
– appeler le SAMU ;
– **adrénaline injectable 0,25 mg/1 mL :**
  - chez l'adulte : 1 mL, soit 250 mg, par voie sous-cutanée ou IM. L'amélioration apparaît généralement dans les 3 à 5 minutes suivant l'injection sous-cutanée. Une seconde injection de 1 mL de la solution peut être faite 10 à 15 minutes plus tard si nécessaire,

Situations particulières (suite)

- chez l'enfant < 2 ans (jusqu'à 12 kg) : 0,20 à 0,40 mL, soit 50 à 100 mg,
- chez l'enfant de 2 à 6 ans (12 à 18 kg) : 0,60 mL, soit 150 mg,
- chez l'enfant de 6 à 12 ans (18 à 33 kg) : 0,80 mL, soit 200 mg.

Urticaire chronique : *en cas d'échec et en l'absence d'orientation étiologique*, nécessité d'un bilan complémentaire spécialisé à la recherche d'une pathologie auto-immune ou systémique, d'une urticaire physique ou d'origine alimentaire.

NOTES PERSONNELLES

V

Vaginose bactérienne

RAPPELS

La flore vaginale normale de la femme en âge de procréer est constituée principalement de lactobacilles (95 %) et de germes anaérobies. La vaginose correspond à un profond déséquilibre de cette flore consistant en la diminution voire la disparition des lactobacilles et la prolifération anormale d'autres micro-organismes, principalement *Gardnerella vaginalis*, mycoplasmes et bactéries anaérobies. La vaginose n'est pas toujours considérée comme une véritable infection en soi, mais son rôle dans la survenue d'infections génitales hautes, d'infections pelviennes postopératoires et de pathologies infectieuses obstétricales a été largement démontré.

Diagnostic La symptomatologie peut être discrète voire absente dans 50 % des cas, ou plus gênante selon les patientes : leucorrhées peu abondantes, grisâtres, volontiers malodorantes, parfois associées à un prurit vaginal. Le diagnostic peut être rapide par un examen direct des leucorrhées (couleur grisâtre, test à la potasse positif, pH > 4,5, présence de Clue-cells). Le diagnostic bactériologique se fait par examen direct du prélèvement vaginal en établissant le score de Nugent qui permet d'évaluer la flore vaginale. La culture n'a d'intérêt que dans la recherche éventuelle d'infections associées.

Objectif thérapeutique Rétablissement d'une flore vaginale physiologique et régression des symptômes éventuels.

➠ *Un traitement de la vaginose bactérienne n'est nécessaire qu'en cas de symptômes et dans les cas suivants :*
– *grossesse à risque d'accouchement prématuré;*
– *avant la pose d'un stérilet;*
– *avant une chirurgie gynécologique, un avortement thérapeutique ou une manœuvre instrumentale.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Recherche de contre-indications aux imidazolés :* hypersensibilité.
- *Recherche d'associations déconseillées ou nécessitant des précautions d'emploi avec la prise d'imidazolés :* disulfirame (risque de bouffées délirantes, état confusionnel), AVK (augmentation du risque hémorragique avec nécessité de contrôle plus fréquent de l'INR et d'adaptation de la posologie d'AVK pendant le traitement et 8 jours après son arrêt).
- *Un traitement par imidazolés ne doit pas être prescrit pendant plus de 10 jours* dans cette indication et ne doit pas être répété plus de 3 fois par an.
- *Recherche d'une infection génitale haute* associée en cas de douleurs pelviennes, sensibilité au toucher vaginal lors de la mobilisation utérine ou des culs-de-sac, en cas de fièvre inexpliquée.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

- **Métronidazole 500 mg :** 1 cp matin et soir pendant 7 jours.

ou

- **Métronidazole ovules :** 1 ovule vaginal par jour pendant 7 jours.

Règles hygiénodiététiques

- Éviter la consommation de boissons alcoolisées de façon concomitante avec le traitement par imidazolés.
- Prévenir le risque potentiel de vertiges, de confusion, d'hallucinations ou de convulsions, et éviter la conduite véhicules ou l'utilisation de machines en cas de survenue de ce type de troubles.
- Un traitement probiotique par voie orale ou en intravaginal peut être associé au traitement antibiotique, afin de prévenir les récidives (effet non démontré).
- En cas de traitement par métronidazole ovules, le risque de rupture de diaphragme ou de préservatif en latex peut être augmenté. Il est nécessaire d'en informer les patientes, et de les informer sur la conduite à tenir en cas de rupture (utilisation de la contraception d'urgence, prise en compte du risque d'IST).
- Le traitement des partenaires sexuels n'est pas indiqué et ne prévient pas la récurrence de l'infection.

Situations particulières

- *Chez la femme enceinte,* en raison du sur risque de prématurité (× 2-4) et de rupture des membranes, la vaginose bactérienne doit être traitée. Le traitement antibiotique est identique à celui de la femme en dehors de la grossesse.

Situations particulières (suite)

- *En cas d'hypersensibilité aux imidazolés*, traitement antibiotique alternatif : **clindamycine 300 mg**, 1 cp matin et soir pendant 7 jours.

SURVEILLANCE

- Il n'est pas nécessaire, en dehors de la grossesse, de contrôler le prélèvement vaginal après traitement.
- Les échecs de traitement ou les récidives ne sont pas rares et l'opportunité d'un nouveau traitement se fera en fonction de la gêne ressentie par la patiente. Un traitement probiotique par voie orale ou par voie vaginale devra alors être associé.

NOTES PERSONNELLES

V

Varicelle

RAPPELS

Maladie éruptive infantile très fréquente (plus de 90 % des enfants entre 1 et 15 ans), elle est caractérisée par sa très grande contagiosité. Traduisant une primo-infection par le virus varicelle-zona (VZV), sa période d'incubation est comprise entre 10 et 21 jours. Généralement bénigne chez l'enfant bien portant, elle peut être grave chez le sujet immunodéprimé et chez l'adulte, la femme enceinte et le nouveau-né. Une vaccination doit être proposée aux sujets à risques, aux adolescents qui n'ont jamais contracté la maladie et aux sujets à sérologie négative au contact de patients immunodéprimés.

Diagnostic Clinique sur l'aspect caractéristique de l'éruption et un contage deux semaines auparavant. Aucun examen complémentaire n'est utile en l'absence de complications. Dans un contexte de fièvre modérée, apparition rapide de rougeurs surélevées puis de vésicules ou de bulles sur la nuque, le thorax, le ventre ou le dos. Ces dernières, de trois à quatre millimètres de diamètre et prurigineuses, sont remplies d'un liquide clair qui se trouble rapidement. Leur nombre est variable : l'éruption peut se réduire à quelques vésicules ou évoluer en deux à trois poussées pour couvrir tout le corps voire les muqueuses buccales et/ou génitales (ulcérations). La surinfection des lésions par un *staphylocoque* ou un *streptocoque* peut être à l'origine d'un impétigo.

Objectif thérapeutique Soulager l'enfant, éviter les surinfections et réduire la transmission.

➠ *Sont proposés : un antihistaminique en cas de grattage, un antipyrétique en cas de fièvre et l'application d'une solution antiseptique. Un traitement antibiotique est réservé aux surinfections bactériennes et un traitement antiviral aux formes graves et/ou aux terrains à risque.*

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Rechercher un terrain à risque chez le malade et dans l'environnement proche :* femme enceinte dont l'éruption survient dans les 10 jours avant l'accouchement, varicelle du nouveau-né ou nouveau-né avant toute éruption si la mère a débuté une varicelle entre 5 jours avant et 2 jours après l'accouchement, immunodépression congénitale ou acquise (cancer, chimiothérapie, corticoïdes, immunosuppresseurs) → envisager une hospitalisation et un avis spécialisé.

• *Rechercher une forme grave (< 1 %) :* éruption profuse, infection peau et tissus mous, pneumopathie, septicémie (fièvre > 39 °C à plusieurs reprises), méningoencéphalite → hospitalisation.

• *Interdire l'utilisation d'aspirine ou d'un AINS* qui favorisent dans ce contexte la survenue d'un syndrome de Reye (rare mais grave associant principalement des troubles neurologiques et une atteinte du foie).

• *Rechercher une contre-indication aux antihistaminiques :* enfant < 1 an, glaucome par fermeture de l'angle, obstacle urétroprostatique.

• *Rechercher un terrain à risques :* antécédent de convulsions, insuffisance rénale.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• Désinfection des lésions cutanées par **chlorhexidine 0,2 %**, 1 fois/j avec un rinçage abondant.

NB : par contre, proscrire tout usage de talc, crème, pommade ou gel favorisant la macération.

• ***En cas de démangeaisons,*** **desloratadine solution buvable (fl. 150 mL 0,5 mg/mL) :**
– adulte et enfant > 12 ans : 10 mL/j en 1 prise ;
– enfant de 6 à 12 ans : 5 mL/j en 1 prise ;
– enfant de 1 à 5 ans : 2,5 mL/j en 1 prise,
pendant quelques jours, en privilégiant les prises vespérales.

• ***En cas de fièvre ou de douleurs,*** **paracétamol solution buvable à 3 %** avec doseur gradué en kg. Chez l'enfant : 15 mg/kg/prise, sans dépasser 4 prises/j.

Règles hygiénodiététiques

• La prévention contre le contage passe par l'isolement des patients infectés mais, compte-tenu de l'extrême contagiosité avant même la période éruptive (48 heures), le taux d'attaque dans une maison est de l'ordre de 70 %.

• La prévention des infections bactériennes nécessite des mesures d'hygiène simples : douches biquotidiennes et ongles coupés courts.

• La prévention de la varicelle chez les sujets qui n'ont pas contracté la maladie dans l'enfance nécessite une vaccination par un vaccin viral atténué. Cette vaccination est importante chez les sujets à risques de formes graves (asthmatiques, corticothérapie, *etc.*) et chez les sujets séronégatifs au contact de sujets immunodéprimés.

••• *(suite)*

Situations particulières

- *En cas de surinfection cutanée localisée :* **mupirocine pommade 2 %**, 2 à 3 applications/j.
- *En cas de surinfection cutanée diffuse :* **amoxicilline-acide clavulanique solution**, 40/5 mg/kg/j en 3 prises pendant 7 jours.
- *Chez un sujet immunodéprimé*, un traitement hospitalier s'impose associant traitement prophylactique par **immunoglobulines polyvalentes intraveineuses** et traitement curatif par **aciclovir intraveineux** le plus tôt possible.
- *Dans les formes graves*, un **traitement antiviral hospitalier** est recommandé d'emblée, associé à d'éventuels soins de support.

SURVEILLANCE

Normalement, la guérison est obtenue en 10 à 12 jours et l'enfant peut retourner en collectivité. Cependant, une fièvre élevée doit faire suspecter une surinfection bactérienne, surtout si elle ne s'accompagne pas d'une poussée éruptive et, chez l'adulte, une dyspnée inexpliquée doit faire suspecter une pneumopathie interstitielle d'origine virale (risque de défaillance respiratoire aiguë).

NOTES PERSONNELLES

V

Verrues cutanées

RAPPELS

Infections cutanées dues à des *papillo*ma *virus* (HPV), très fréquentes chez les enfants (25 % des enfants d'âge scolaire) mais aussi chez l'adulte. La réaction immunitaire permet une régression spontanée dans la majorité des cas dans un délai de 2 ans.

Diagnostic Clinique devant 3 types de lésions les plus fréquentes :
– les verrues vulgaires : lésions verruqueuses hémisphériques situées le plus souvent sur le dos des mains ou des doigts ;
– les myrmécies : verrues de la plante du pied ou des orteils, piquetées de noir, bien circonscrites ou pouvant être entourée d'une épaisse couche cornée. Elles peuvent être douloureuses à l'appui ;
– les verrues mosaïques : en nappe peu épaisse, le plus souvent sur la plante du pied.

Les verrues peuvent être volumineuses et/ou profuses chez les patients immunodéprimés.

Objectif thérapeutique Raccourcir la durée d'évolution, soulager la douleur des verrues plantaires.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- Bien expliquer au patient les modalités du traitement.
- Préciser que les verrues sont peu contagieuses, contrairement à une opinion répandue.

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

- **Vaseline salicylée 30 à 50 %** (préparation magistrale).
- **Bande élastique adhésive** (type Élastoplast®).

Le soir, découper dans le pansement adhésif un trou de la taille de la verrue puis coller le pansement autour de la verrue ce qui permet de protéger la peau normale.

Puis appliquer la préparation sur la verrue et recouvrir d'un autre morceau de pansement adhésif afin d'éviter que de la crème ne se répande.

Renouveler l'opération tous les soirs après avoir gratté la « peau morte » avec une lime à ongles.

En cas de douleur ou d'irritation importante, interrompre le traitement pendant quelques jours. Poursuivre les applications jusqu'à disparition de la verrue.

Situations particulières

Le traitement par azote liquide au cabinet médical est une alternative possible : application ou pulvérisation jusqu'à obtenir un halo de givre de 2 mm autour de la verrue. Il provoque une gelure de la verrue et son décollement. Traitement simple, rapide et efficace, mais plutôt douloureux notamment dans son utilisation plantaire (déconseillé chez l'enfant).

V

Vertige positionnel paroxystique bénin

RAPPELS

Le plus fréquent de tous les vertiges (> 25 %), le vertige positionnel paroxystique dit « bénin » (VPPB) est un vertige rotatoire déclenché par les changements de positions de la tête et causé par un déplacement d'otolithes dans les canaux semi-circulaires. Affectant deux femmes pour un homme, parfois dans les suites d'un traumatisme, il peut être intense, très anxiogène et se prolonger par crises durant plusieurs jours et entraîner des chutes.

Diagnostique Clinique devant une crise de vertige rotatoire vrai, de survenue brutale, déclenchée par un mouvement de la tête (souvent lever ou coucher) et qui dure moins de 60 secondes. Accompagnées de nausées, de sueurs, voire de vomissements, les crises se répètent plusieurs fois par jour (souvent le même mouvement pour un même patient). Elles sont associées à un nystagmus mais sans signe cochléaire (acouphènes, baisse de l'audition) ni neurologique (céphalées, diplopie, atteinte cérébelleuse ou des paires crâniennes). La guérison va survenir spontanément après une à deux semaines handicapantes.

D'autres causes de vertiges aigus doivent être recherchées :
– une névrite vestibulaire entraîne un grand vertige rotatoire permanent, durant plusieurs heures et souvent plusieurs jours ;
– la maladie de Ménière associe vertiges, acouphènes et surdité unilatérale évoluant par crises ;
– un neurinome de l'acoustique, un accident vasculaire ou une origine centrale (vertige disharmonieux) doivent être recherchés par un

examen clinique soigneux et des investigations complémentaires en cas de doute.

La manœuvre de Hallpike permet de confirmer le diagnostic et de préciser le canal semi-circulaire atteint, ce qui conditionne les manœuvres thérapeutiques. Seule une réponse positive a de la valeur. Le sujet est basculé de la position assise à la position couchée la tête tournée vers la droite et les yeux ouverts. La manœuvre est positive lorsque l'on déclenche un vertige et un nystagmus qui bat du côté de l'oreille la plus basse et qui s'épuise rapidement. Le retour à la position assise déclenche le vertige et le nystagmus s'inverse. La même opération est réalisée du côté gauche. En l'absence d'anomalies neurologiques et après contrôle des conduits auditifs, le diagnostic ne nécessite pas d'investigations complémentaires.

Objectif thérapeutique En l'absence de traitement médicamenteux, diverses manœuvres libératoires peuvent être proposées en fonction de l'état de mobilité du patient et/ou de certains facteurs de risque ainsi que du canal incriminé (postérieur, horizontal, antérieur). Ces manœuvres, qui ont pour but de déplacer les otolithes, sont souvent efficaces immédiatement ou en quelques séances.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Rechercher une affection sous-jacente* nécessitant une prise en charge spécifique : hypertension, diabète, maladie migraineuse, chutes à répétition d'autre origine.
- *Identification précise du canal semi-circulaire en cause* : postérieur (90 %), horizontal (10 %) ou antérieur (rare). Les diverses manœuvres diagnostiques nécessitent une formation spéciale (médecin ou kinésithérapeute).

PRESCRIPTIONS

- Les manœuvres libératoires ne peuvent être effectuées que par un médecin ou un kinésithérapeute spécialement formé pour le diagnostic et le traitement du VPPB.
- ***La prescription de kinésithérapie doit être la suivante :*** « Bilan-diagnostic kinésithérapique et manœuvres thérapeutiques pour vertige positionnel et contrôle si nécessaire. »

SURVEILLANCE

- *Les complications immédiates des manœuvres thérapeutiques* sont des nausées ou des vomissements qui peuvent relever d'un traitement antiémétique.
- *La persistance des symptômes* nécessite une réévaluation pour confirmer le diagnostic et éliminer d'autres causes. Le renouvellement ou la modification des manœuvres entraînent le succès dans plus de 90 % des cas.

NOTES PERSONNELLES



Vitiligo

RAPPELS

Perte acquise des mélanocytes fonctionnels, le vitiligo touche environ 1 % de la population, survient le plus souvent entre 20 et 30 ans et peut s'associer à d'autres maladies auto-immunes. Le préjudice esthétique est d'autant plus important que la peau est pigmentée. Le caractère imprévisible de l'évolution peut entraîner une altération importante de la qualité de vie.

Diagnostic clinique Généralement aisé devant des zones dépigmentées maculeuses bien délimitées présentant typiquement une bordure convexe. Il en existe deux formes :
– la forme généralisée, plus fréquente, grossièrement symétrique et pouvant atteindre plusieurs zones du corps ;
– la forme segmentaire touchant une zone unique.

Le plus souvent aucun examen complémentaire n'est nécessaire pour confirmer le diagnostic.

Objectif thérapeutique Pour favoriser une repigmentation, des corticostéroïdes et des immunosuppresseurs par voie topique peuvent être proposés, éventuellement associés à une photothérapie contrôlée, mais les traitements actuels ne peuvent ni permettre une guérison ni même empêcher l'extension de la maladie.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *Rechercher des contre-indications :*
– dermocorticoïdes : infections cutanées bactériennes, virales, mycosiques ou parasitaires (gale), lésions ulcérées ;
– immunosuppresseurs topiques : sujets immunodéprimés, de façon congénitale ou acquise.

• *Recherche de terrains à risques* : photothérapie chez sujets lupiques ou prenant des médicaments photosensibilisants (amiodarone, sulfamides, certains antibiotiques, neuroleptiques et diurétiques).

• *Recherche de maladies auto-immunes associées* : thyroïdiennes (TSH), hématologiques (NFS), diabète.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• Dermocorticoïdes dont la puissance sera adaptée à la zone à traiter :
– pour le visage, puissance modérée : **désonide 0,05 % crème** ;
– sur le tronc, puissance forte : **bétaméthasone dipropionate 0,05 % crème** ;
– pour les mains, les pieds, les coudes et les genoux, puissance très forte : **clobétasol propionate 0,05 %**.

→ 1 application/j le soir sur les zones atteintes.

• En l'absence d'efficacité après 6 semaines de traitement, d'autres modalités ou options thérapeutiques devront être envisagées.

• L'efficacité de ce traitement local pourra être accrue s'il est associé à une **exposition UV,** le plus souvent dans des cabines UVB à spectre étroit. Ce traitement, effectué dans certains services et cabinets de dermatologie, ne nécessite pas de prise médicamenteuse préalable à la séance à la différence de la PUVAthérapie. Il n'est donc pas nécessaire d'effectuer de bilan biologique.

• Immunosuppresseur parfois utilisé, notamment sur le visage (hors AMM) : **tacrolimus pommade 0,1 %,** 1 application en couche mince 1 à 2 fois/j sur la zone à traiter durant un maximum de 6 semaines.

NB : chez les adolescents de moins de 16 ans, la pommade à 0,1 % est contre-indiquée ; utiliser **tacrolimus pommade 0,03 %** (qui est contre-indiquée chez les enfants de moins de deux ans).

SURVEILLANCE

Des effets indésirables potentiels des dermocorticoïdes : brûlures, dermites, atrophie cutanée, vergetures, hypertrichose.

MESURES COMPLÉMENTAIRES

• Une photoprotection est recommandée sur la peau dénuée de mélanocytes qui est plus sensible au rayonnement ultraviolet solaire et sur les zones normalement pigmentées pour éviter l'accentuation de la différence de pigmentation entre zones atteintes et non atteintes.

• Phénomène de Koebner : de nouvelles plaques de vitiligo apparaissent volontiers sur les zones de frottement ou traumatisées. Des conseils visant à minimiser les traumatismes et les frottements devront être donnés au patient.

• Camouflage cosmétique qui peut améliorer sensiblement la qualité de vie des patients. Les préparations autobronzantes contenant de la dihydroxyacétone peuvent être utilisées mais toutes les préparations doivent assurer une photoprotection solaire ou être utilisées avec un écran.

NOTES PERSONNELLES

V

Vomissements et nausées chimio-induits

RAPPELS

Les nausées et vomissements chimio-induits (NVCI) restent l'un des effets secondaires les plus redoutés par les patients qui débutent une chimiothérapie.

Diagnostic En trois types cliniques distincts :
– les NVCI anticipés pendant les 24-48 heures avant la chimiothérapie. Ils correspondent à une réponse conditionnée, fonction du niveau d'anxiété et de la sévérité des NVCI lors des précédentes cures ;
– les NCVI aigus pendant les 24 premières heures de la chimiothérapie ;
– les NVCI retardés au-delà des 24 premières heures.

Les facteurs de risque sont de deux ordres :
– individuels : sexe féminin, < 55 ans, sujet anxieux, ATCD de mal des transports ou de nausées gravidiques ;
– liés aux traitements, en fonction du potentiel émétique et de la dose de la chimiothérapie.

Objectif thérapeutique Limiter nausées et vomissements, améliorer la qualité de vie des patients.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

• *En cas d'insuffisance hépatique*, les paramètres pharmacocinétiques de l'ondansétron sont modifiés : réduction de la clairance plasmatique,

augmentation de la demi-vie. L'ondansétron pouvant favoriser un syndrome occlusif, il convient de surveiller attentivement le transit des patients.

- *Associations contre-indiquées* avec *l'aprépitant* : médicaments favorisant les torsades de pointe en particulier pimozide, inducteurs enzymatiques (rifampicine, anticomitiaux, etc.).
- *Contre-indications à la dexaméthasone* : état infectieux en évolution (notamment hépatites, herpès, varicelle, zona), états psychotiques non contrôlés, vaccins vivants.
- *Contre-indications à l'alprazolam* : insuffisance respiratoire sévère, syndrome d'apnée du sommeil, insuffisance hépatique sévère, myasthénie.
- *Contre-indications au métoclopramide* : âge < 1 an et lorsque la stimulation de la motricité gastro-intestinale présente un danger (hémorragie gastro-intestinale, obstruction mécanique ou perforation digestive, ATCD de dyskinésie tardive aux neuroleptiques ou au métoclopramide).
- *Associations déconseillées* avec *le métoclopramide* : anticholinergiques, neuroleptiques, lévodopa et agonistes dopaminergiques, atovaquone, alcool.
- *Terrains à risque avec le métoclopramide* : allongement de l'intervalle QT, arythmies, insuffisance cardiaque, troubles hydroélectrolytiques, sujets âgés, insuffisance rénale ou hépatique.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance

• *Chimiothérapie hautement ou moyennement émétisante :*
– **aprépitant :** 125 mg *per* os, 1 heure avant la chimiothérapie à J1, puis 80 mg *per* os le matin de J2 et de J3;
– **ondansétron :** 16 mg *per* os, 1 heure avant la chimiothérapie ;
– **dexaméthasone :** 12 mg par voie IV lente, 1 heure avant la chimiothérapie puis 8 mg de J2 à J4 dans les formes hautement émétisantes.

• *Chimiothérapie faiblement émétisante :* **dexaméthasone**, 12 mg par voie IV lente, 1 heure avant la chimiothérapie.

Règles hygiénodiététiques

• La nuit qui précède la chimiothérapie, veiller à bien dormir au besoin à l'aide d'un somnifère. Prendre une collation vers 21 heures.

• Le matin de la chimiothérapie, il est nécessaire de déjeuner. Juste avant la chimiothérapie, prendre un peu de liquide (bouillon ou consommé, eau, thé, eau gazeuse). Ne pas consommer de lait.

• Avant et pendant la perfusion de chimiothérapie, pratiquer des exercices de relaxation (respiration ample et profonde, les yeux fermés), regarder la télévision, écouter la radio ou de la musique, jouer à des jeux de société, lire, discuter, *etc.*

• Alimentation légère avant et après le traitement. Prendre des repas plus petits et plus fréquents (collation à 10 h et 16 h avec entremet, flanc, crème, riz au lait). Privilégier les aliments froids ou tièdes qui sont moins odorants. Éviter les aliments lourds, frits, gras, épicés, acides (vin, tomates, cornichons, câpres, citrons, pamplemousse), amers (remplacement des viandes rouges par des viandes blanches, des poissons, des laitages, fromages). Éviter de boire

Règles hygiénodiététiques (suite)

pendant les repas, mais plutôt avant ou après (boissons gazeuses fraîches, à base de cola notamment).

- Éviter les odeurs fortes (parfums, choux, choux-fleurs, etc.).
- Effectuer des marches en plein air.
- Supprimer le tabac.

Situations particulières

En cas d'échec de la prophylaxie primaire.

- *Vomissements ou nausées à l'administration de la chimiothérapie :*

– en cas de chimiothérapie hautement ou moyennement émétisante, ajouter, lors de la cure suivante :
  - soit une prise de benzodiazépine : **alprazolam 0,5 mg**, 1 cp 1 heure avant le début de la chimiothérapie,
  - soit un antagoniste de la dopamine : **métoclopramide injectable**, 30 mg en perfusion IV de 15 min avant la chimiothérapie suivie d'une perfusion continue de 0,5 mg/kg/h durant 6 à 8 heures ;

– en cas de chimiothérapie faiblement émétisante, ajouter, lors de la cure suivante : **ondansétron**, 16 mg *per* os, 1 heure avant la chimiothérapie ;

– en cas de chimiothérapie très faiblement émétisante, donner, 1 heure avant le début de la chimiothérapie, un antagoniste de la dopamine par voie orale : **métoclopramide**, 30 mg *per* os.

- *Vomissements ou nausées à la phase retardée :*

– en cas de chimiothérapie hautement émétisante, ajouter, lors de la cure suivante, 1 prise de benzodiazépine, matin et soir, de J1 à J4 (*cf.* ci-dessus) ;

– en cas de chimiothérapie moyennement émétisante, ajouter, lors de la cure suivante, une prise de corticoïdes : **méthylprednisolone**, 1 mg/kg/j *per* os de J2 à J3.

SURVEILLANCE

Traitements de secours
– pendant la chimiothérapie, il est inutile d'administrer à nouveau un sétron ou un bolus de corticoïdes. Il est préférable de recourir à un antagoniste de la dopamine, en bolus (*cf.* ci-dessus). En cas d'échec ou d'emblée si le patient est manifestement angoissé, on choisira une benzodiazépine : **alprazolam par voie orale** (*cf.* ci-dessus) ou **diazépam par voie IV lente**, 10 à 20 mg ;
– pendant les 24 premières heures, le traitement de secours est classiquement un antagoniste de la dopamine *per os* (*cf.* ci-dessus). Il est toutefois possible de renouveler un sétron *per* os (*cf.* ci-dessus), 12 heures après la première prise de sétron ;
– en cas d'état nauséeux persistant, on aura recours à une benzodiazépine.

NOTES PERSONNELLES

Zona

RAPPELS

Infection due à *Varicella-Zoster Virus* (VZV) qui possède un tropisme neurocutané. Il s'agit d'une réactivation virale dans un territoire radiculaire à partir d'un réservoir situé dans les racines des ganglions sensitifs chez un sujet qui a déjà développé une varicelle lors de la primo-infection à VZV. L'âge, le diabète, l'infection VIH, le cancer et les traitements immunosuppresseurs (dont les corticoïdes) constituent des facteurs de risque de survenue d'un zona. Un vaccin antizona est recommandé chez les adultes de 65 à 74 ans (contre-indiqué en cas d'immunodéficience primaire ou acquise).

Diagnostic Facile à la phase d'état avec une éruption érythémateuse rose vif et des vésicules regroupées en bouquet. La localisation unilatérale dans un métamère est très évocatrice. Ces lésions vont devenir érosives au bout des 5-6e jours puis croûteuses et laisser une cicatrice dépigmentée après 10 jours. L'éruption est généralement fébrile avec une température de 38 °C-38,5 °C.

Cette phase est généralement précédée d'une phase prodromique avec des douleurs à type de brûlures et des troubles objectifs de la sensibilité dans le territoire concerné, mais le diagnostic reste difficile tant que l'éruption n'est pas apparue.

Parfois, l'éruption peut déborder sur un ou plusieurs métamères contigus mais ne dépasse pas la ligne médiane, en particulier chez le sujet immunocompétent. Chez le sujet immunodéprimé, on peut avoir des formes mixtes varicelle-zona plus étendues.

À côté des zonas cervicothoraciques ou lomboabdominaux, les zonas céphaliques sont plus rares mais volontiers très douloureux, en particulier au niveau ophtalmique chez le sujet âgé (atteinte frontale/lacrymale/nasale). Ils peuvent se compliquer d'une kératite qui doit être recherchée systématiquement.

Objectif thérapeutique Double : symptomatique avec un traitement local et une prise en charge de la douleur, et étiologique pour diminuer l'intensité et la durée de la phase douloureuse ainsi que les douleurs post-zostériennes.

PRÉCAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- *Rechercher une insuffisance rénale* : réduction des doses d'antiherpétiques si ClCr < 30 mL/min.
- *Éliminer une grossesse en cours* (antiherpétiques non recommandés).
- *Rechercher une contre-indication à l'amitriptyline* : glaucome par fermeture de l'angle, infarctus myocardique récent, obstacle prostatique.
- *Rechercher des associations contre-indiquées* : IMAO, autres antidépresseurs, antihypertenseurs centraux, anticholinergiques, baclofène.

NOTES PERSONNELLES

PRESCRIPTIONS

Ordonnance de traitement symptomatique

- **Chlorhexidine solution aqueuse à 0,2 % :** 1 ou 2 nettoyages quotidiens.
- Antalgiques de palier 1 ou 2 : **paracétamol 300 mg + opium (1 mg de morphine)**, 3 à 5 gél./j, sans dépasser 10 gél./j.

NB : contre-indication aux antibiotiques locaux, aux antiviraux locaux et aux anesthésiques locaux.
Il n'y a pas d'indication de corticothérapie, ni locale ni générale.

Ordonnance de traitement antiviral

Chez le sujet immunocompétent : **valaciclovir 500 mg**, 2 cp 3 fois/j pendant 7 j. Il doit être débuté dans les 72 heures maximum après le début de l'éruption.

- Si 15 mL/min < ClCr < 30 mL/min : 2 cp à 500 mg 2 fois/j pendant 7 j.
- Si ClCr < 15 mL/min : 2 cp à 500 mg 1 fois/j pendant 7 j.

Situations particulières

Chez le sujet immunodéprimé, une hospitalisation est justifiée pour traitement injectable IV : **aciclovir injectable**, 10 mg/kg/8 h en perfusion intraveineuse (dilution de 500 mg dans 100 mL de sérum NaCl isotonique à passer en une heure).

- Si 25 mL/min < ClCr < 50 mL/min : 10 mg/kg/12 h.
- Si 10 mL/min < ClCr < 25 mL/min : 10 mg/kg/24 h.
- Si ClCr < 10 mL/min : 10 mg/kg/48 h et après dialyse.

SURVEILLANCE

La principale complication des zonas est le développement de *douleurs post-zostériennes neuropathiques* qui surviennent en particulier après 50 ans et surtout dans la localisation céphalique, avec la persistance de douleurs plus d'1 mois après la cicatrisation. Si elles disparaissent habituellement en 6 mois, elles peuvent rester invalidantes plus longtemps, nécessitant des antalgiques divers et parfois l'intervention d'un centre antidouleur :

– antidépresseurs tricycliques : **amitriptyline 50 mg**, 1 cp le soir ;

ou

– **prégabaline :** 150 à 600 mg/j en augmentant très progressivement les posologies ;

ou

– opioïdes : **tramadol**, 50 à 400 mg de façon progressive ;

– intérêt d'anesthésiques locaux : lidocaïne emplâtre, 1 compresse sur peau saine à laisser 12 h puis renouveler.

• La surinfection bactérienne provoquée par le grattage est une autre complication possible, surtout au cours du zona ophtalmique → surveillance locale et antiseptie : **chlorhexidine solution aqueuse à 0,2 %**, 1 ou 2 nettoyages quotidiens.

NOTES PERSONNELLES

Index

A

Abatacept 562
Abcès 187
Acamprosate 637
Acarbose 229, 498
Acariens 251
Accident ischémique transitoire 21
Acétate
– de chlormadinone 267
– de médroxyprogestérone 267
Acétylcystéine 693
Acétylsalicylate de lysine 362
Aciclovir 748, 767
Acide
– acétylsalicylique 23, 79, 89, 382, 547, 688, 746
– alendronique 511
– borique + borate de sodium 161
– clavulanique 748
– folique 67, 563
– fosfonique 415
– fucidique crème 301, 394
– hyaluronique 94
– résidronique 529
– zolédronique 190, 362, 511, 529, 575
Acitrétine 434, 435
Acné 29
Acouphène 25
Activité physique adaptée 35
Adalimumab 661
Adapalène 31
Add-back therapy 268
Adénosine triphosphate 673
Adrénaline 739
Agitation aiguë 47
Agoniste(s)
– de la GnRH 268
– dopaminergiques 536
– β-adrénergique 365
AINS 94, 144, 244, 266, 477, 688, 725, 746
Albendazole 524, 525
Alcoolisme 633
Alfuzosine LP 44
Algie vasculaire de la face 51
Algodystrophie 57
Algostéril® 731
Allongement de l'intervalle QTc 405, 410
Allopurinol 331
Alopécie 61
Alpha1-antitrypsine 121
Alprazolam 697, 705, 709, 762
Amaigrissement 38
Aminoside 160, 232, 415, 514
Amiodarone 288
Amitriptyline 145, 293, 322, 480, 724, 768
Amlodipine 382
Amoxicilline 19, 76, 125, 263, 278, 279, 461, 520, 522, 557, 558, 583, 651, 732
Amoxicilline + acide clavulanique susp. buv. enfant 298

Amoxicilline-acide clavulanique 101, 126, 237, 521, 557, 558, 583, 651, 748
Amphotéricine B 135, 551
Analogues de la prostaglandine E1 399
Anémie 65, 69
– carence en acide folique 65
– carence en fer 69
– carence en vitamine B12 65
Angine 73
– de Vincent 75
– de poitrine 77
Angor 77
Antalgiques opiacés 9
Anthrax 299
Antibiotique 15, 161, 162, 231, 234, 356, 513, 514, 746
Anticholinergique 365
Anticoagulants 256, 257
– oraux 682
Antidépresseurs tricycliques 144, 498
Antidote des benzodiazépines 635
Anti-épileptiques 478
Antihistaminiques anticholinergiques 694
Anti-IL1 332
Anti-inflammatoires non stéroïdiens *cf.* AINS
Antispasmodique 365
Anti-TNF alpha 562
Antitussifs 692
– non antihistaminiques non opiacés 694
Anti-Xa 257
Anxiété 207
A-par® 307
Aphtose buccale récidivante 83
Apport
– calcique 510
– vitaminique D 510
Aprépitant 494, 761
Aripiprazole 613, 714
Artériopathie oblitérante des membres inférieurs 87
Arthropathies microcristallines 147
Arthrose 91, 497
Artisial® 619
Artorvastatine 89
Ascaridiose 95
Ascite cirrhotique 99
Aspirine 23, 79, 89, 382, 480, 547, 688, 746
Asthme
– aigu 103
– chronique 107
– éducation thérapeutique 108
– d'effort 110
Aténolol 288, 674
Atorvastatine 24
Atropine 1 mg 673
Attaque de panique 703
Autosurveillance glycémique 230
AVK 232, 257, 287, 494, 498
Azathioprine 189
Azélastine 604
Azithromycine 76, 232, 234, 279, 405, 406, 411, 461, 735
Azote liquide 750

B

ß-hCG (dosage de) 178
ß-lactamines 18, 522, 558, 583, 652
Baclofène 357, 496, 637
Bactériurie asymptomatique 113
Béclométhasone dipropionate 112
Benzalkonium 599, 604

Benzathine-benzylpénicilline 279, 669
Benzérazide 537
Benzoate de benzyle 305, 308
Bêtabloquants 79, 184, 477
Bétahistine 26
Bétaméthasone 86, 579, 757
Bicarbonate de sodium 166
Bifonazole 216, 219, 278
Bifonazole crème 551
Biothérapie 562
Bisoprolol 79, 288, 423
Bisphosphonates 510
Bitartrate de potassium 166
Bosentan 494, 587
Bouveret (maladie de) 671
Bronchite aiguë 123
Bronchopneumopathie chronique obstructive 117
Brûlures 127, 493
Budésonide 109, 112
Buprénorphine 641
Bupropion 648

C

Calcipotriol 579
Calcium 189, 361, 435, 436, 505, 507, 511, 529, 575
– + vitamine D3 189, 361, 435, 436
Candida albicans 549
Candidoses digestives 133
Canicule 137
Carbamazépine 495
Carbocistéine 693
Carbonate de lithium 713
Carence martiale 69
Céfixime 200, 583, 735
Céfotaxime 101, 237
Céfotiam 76, 652
Cefpodoxime 76, 652
Ceftriaxone 19, 126, 154, 326, 327, 406, 461, 557, 558, 567, 583, 735
Céfuroxime-axétil 76, 461
Céphalées 186, 495, 496
– chroniques 143
– de tension 143
Céphalosporine(s)
– 2e G 17, 522, 651
– 3e G 17, 415, 522, 567, 583, 651
Cérat de Galien 623
Cétirizine 109, 160, 161, 739
Chalazion 501
Charbon 166
Chéilite 549
Chlamydiose 404
Chlorhexidine 85, 394, 747, 767, 768
Chlorpromazine 358
Chlorure de potassium LP 424
Cholécalciférol 507, 511
Chondrocalcinose articulaire 147
Ciclésonide 112
Ciclopirox 219, 220
Ciclopiroxolamine 224
Ciprofloxacine 200, 232, 234, 415, 567, 583
Citrafleet® 679
Clarithromycine 19, 76, 559
Clindamycine 263, 278, 744
Clobétasol 579, 757
Clobétasol propionate 249
Clomipramine 274
Clopidogrel 79, 688
Clorazépate 705
Clostridium difficile 231
Cloxacilline 394
Clozapine 494, 614
Codéine 241, 293, 693
– camphosulfonate 335

Colchicine 83, 85, 149, 232, 331
Cold cream® 213, 571
Coliques
– hépatiques 151
– néphrétiques 155
Colite aiguë grave 187
Collants de compression élastique 465
Collyre(s) 160, 161
– antibiotiques 161
– antiseptiques 161
– à très haute viscosité 161
Compléments nutritionnels oraux 205
Conjonctivite
– aiguë 159
– allergique 161
Constipation 163
Contention veineuse élastique 431, 689, 731
Contraception
– intra-utérine 167
– œstroprogestative 171, 245
– d'urgence 169, 173, 175
Corticoïdes 161, 184, 356, 434, 435, 514, 561, 688, 746
Cortisal Crème® 689
Coup de chaleur 137
Coxarthrose 91
Crampes musculaires 183, 184, 185, 186
Crème
– antihémorroïdaire 343
– antiperspirante 376
– émolliente 306, 623
Crénothérapie 431
Crohn (maladie de) 187
Cure thermale 193, 605
Cyamémazine 614, 642, 714
Cystite aiguë
– à risque de complication 199
– simple 197

D

Dabigatran 287, 494
D-dimères 256
Déféroxamine 339
Délire 611
Delirium tremens 633
Dénosumab 510
Dépression réactionnelle 207
Dérivés azolés 489
Dermatite atopique 211
Dermatophytie
– de la peau glabre 215
– ungéale, plantaire, interorteil, inguinale 217
Dermatose du siège chez le nourrisson 221
Dermite séborrhéique de l'adulte 223
Dermocorticoïdes 441, 457, 757
Désensibilisation 605
Desloratadine 747
Desloratadine 604, 739
Desmopressine 273
Désonide 224, 757
Dexaméthasone 515, 761
Dexaméthasone + framycétine pommade 503
Dexchlorphéniramine 739
Dexpanthénol 222
Dextrométhorphane 693
Diabète 35, 531
– secondaire 226, 531
– de type 2 225, 497
Diarrhée aiguë de l'adulte 231
Diazépam 49, 50, 635, 763

– injectable administré par voie rectale 182
Diclofénac 93
Diénogest 267
Digluconate de chlorhexidine 487
Digoxine 288, 494
Diltiazem 79, 288, 674
Diméticone 543
Dinitrate d'isosorbide 424
Diosmectite 723
Diosmine 343, 431
Dioxyde de titane 343
Dispositif intra-utérin (DIU) 167
– au cuivre 177
– au lévonorgestrel 268
Divalproate de sodium 209, 713
Diverticulose colique 235
Dobutamine 424
Dompéridone 356, 357
Douleur(s)
– aiguë(s) 239
– diffuse 291
– inflammatoires 659
– post-zostériennes 768
– rachidiennes 443
Douleurs neuropathiques 319
Doxycycline 31, 405, 406, 461, 609, 669, 735
Doxylamine 419, 480
Drainages lymphatiques 465
Dropéridol 157, 242
Duloxétine 210
Dutastéride 44
Dysménorrhées 243, 265
Dysphagie 593

E

Eaux minérales
– alcalines 332
– riches en calcium 507
Eaux minérales 194
Eczéma 211
Eczéma surinfecté du conduit auditif externe 515
Eczéma de contact 247
Éducation thérapeutique 5
Effluvium télogène 61
Électroconvulsivothérapie 210
Embolie pulmonaire 255
Emla 483
Endocardite infectieuse 261
Endométriose 244, 265
Énoxaparine 23, 279
Énurésie 271
Épisode maniaque 711
Érysipèle(s) 217, 687
– d'un membre inférieur 277
Érythème noueux 281, 687
Érythrodermie 222, 307, 577
Érythromycine 559
Escitalopram 209, 705, 709
Estradiol 268, 473
Estriol 631
Estrogène naturel 473
Étanercept 563
Éthylisme chronique 206
Éthynilestradiol 171, 173, 245, 267
– + lévonorgestrel 173, 245, 267
Exacerbation
– d'asthme 103
– de BPCO 125
Exsufflation colique 166
Extraits pancréatiques 533
Ezétimibe 79

F

Facteurs de risque cardiovasculaire 79

Fatigue 355
Fébuxostat 332
Fibrates 184
Fibrillation atriale 285
Fibromyalgie 291
Fibrose pancréatique 531
Flavoxate 365
Flécaïnide 288
Flubendazole 524, 525
Fluconazole 135
Fludrocortisone 387
Fluidifiants
– bronchiques 692
– mucolytiques 692
Flumazénil 636
Fluoroquinolone(s) 18, 200, 415, 567, 583, 652
– antipneumococcique 559
Fluoxétine 709
Flurbiprofène 245, 267
Fluticasone 604
– propionate 112, 213
Flutter auriculaire 289
Folates 67
Foncitril 4000® 332
Fondaparinux 687, 689
Fosfomycine-trométamol 198
Fungizone 619
Furoncle du conduit auditif externe 299, 515
Furonculose 299
Furosémide 101, 423

G
Gabapentine 358, 496
Gale 303
Gastrite 309
– de Biermer 68
Gastroentérite aiguë infectieuse 315
Gentamicine 327, 415
Glibenclamide 228
Glinides 226
Glossodynie 319
Glucosamine 93
Glycérolé d'amidon 213, 571
Gonarthrose 91
Gonococcie 325
Goutte 329, 513, 515
Grippe 333, 657
Griséofulvine 216

H
Haemophilus influenzae 657
Hallucinations 611
HbA1c 225
HBPM 257
Hélicidine® 694
Helicobacter
– *pylori* 309, 311, 725, 727
– test INFAI® 312, 728
Hématémèse 593
Hémochromatose 337
Hémorroïdes 341
Héparines 257
– de bas poids 687
Herpès cutanéomuqueux 345
Hirsutisme 349
Hoquet persistant 355
Horton (maladie de) 359, 573
Huile
– de paraffine 165
– de vaseline 165
Hyaluronate de Na 94
Hydrochlorothiazide 382
Hydrocortisone 591
– 17-butyrate 224
– en mousse rectale 591
Hydrotul® 731

Hydroxychloroquine 457
Hydroxyde de potassium 483
Hydroxyzine 571, 705
Hypercholestérolémie 367
Hyperhidrose 373
Hyperparathyroïdie 531
Hypertension 35
Hypertension artérielle primitive de l'adulte 379
Hyperuricémie 329
Hypoestrogénie 629
Hypoglycémie 48
hypotension orthostatique 45
Hypothyroïdie périphérique de l'adulte 389
Hypoxie 48

I

Ibuprofène 145, 181, 479
Iloprost 90, 587
Imidazolé 490, 491
Impétigo 393, 745
Incontinence 363
Indice de masse corporelle 497
Inducteurs enzymatiques 172, 176
Infection
- du liquide d'ascite 100
- génitale à mycoplasmes 409
- urinaire 413

Infection sexuellement transmissible 325, 699
Infiltration(s)
- épidurales 452
- intra-articulaire 94

Inhibiteur(s)
- des alpha-glucosidases 226
- calcique 79, 585
- de la C-O-méthytransférase 536
- de la DDP-4 226
- de la monoamine oxydase de type B 536
- de la phosphodiestérase 398
- de la pompe à protons 309, 593

Injection sous-cutanée 689
INR 290
Insomnie 355, 417
Insuffisance
- cardiaque 421
- rénale 19, 160, 183
- respiratoire chronique 425
- veineuse 687
- veineuse chronique 429

Insulinothérapie 226
Intestin irritable 721
Ionophorèse 376
Ipratropium nasal 604
Ispaghul 165, 343, 723
Ivermectine 306, 544

J

Josamycine 76, 394, 559

K

Kétoconazole 224
- 2 % gel 554

Kétoprofène 149, 157, 343, 451

L

Lactitol 723
Lactulose 241
Larmes artificielles 626
Laxatifs 166, 184
L-Dopa 536
Lésions ischémiques 589
Lévocétirizine 739
Lévofloxacine 19, 557, 559, 567, 583, 651
Lévonorgestrel 167, 169, 173, 177, 245, 267

Lévothyroxine 391
Lichen plan 433
– cutané 435
– érosif de la muqueuse buccale 436
Lichen scléreux génital 439
Lichénification 211, 569
Lidocaïne 343, 494, 519
– + phénazone 519
– crème 85
Lombalgie aiguë 443
Lombosciatique 449
Lopéramide 232, 233, 317, 723
Lorazépam 614, 714
Loxapine 49, 50
Lubrifiant vaginal 631
Lucite estivale 455
Luminothérapie 420
Lyme (maladie de) 459
Lymécycline 31
Lymphœdème des membres inférieurs 463
Lymphœdème du bras 467

M

Mac Isaac (score de) 74
Macrolide(s) 17, 18, 84, 557, 559
Macroprogestatif 267
Maldigestion intestinale 531
Manœuvre de Valsalva 673
Médrogestone 267
Mélatonine 419
Ménétrier (maladie de) 313
Méningocoque C 657
Ménopause 471, 629
– traitement hormonal 632
Metformine 226, 228, 229
Méthadone 642
Méthotrexate 561, 563
Méthylprednisolone 361, 665, 739, 762
Métoclopramide 157, 317, 356, 762
Métoprolol 288, 479
Métronidazole 18, 154, 232, 234, 237, 406, 609, 743
– émulsion 609
– ovules 743
Midodrine 387
Migraine 477
Mirabégron 365
Molluscum contagiosum 481
Molsidomine 79
Mononucléose infectieuse (MNI) 485
Montélukast 109, 605
Morphine 446, 452, 547, 767
– injectable 157, 242
– orale LP 533
Motémasone furoate 112
Moxifloxacine 411, 559, 652
Mucoviscidose 531
Muguet 133
Mupirocine pommade 301, 748
Mycose 133
Mycose(s)
– cutanée 553
– vulvovaginale 489
– *cf.* Dermatophytie

N

Naltrexone 637
Naproxène 93, 331, 451, 563, 661
Nétilmicine 415
Névralgie trigéminale 493
Niclosamide 678, 679
Nicotine 647
Nifédipine 184, 587
Nitrofuranes 200, 232

Nitrofurantoïne 200
Nouures 281

O

Obésité 35
Obésité de l'adulte 497, 499
Observance thérapeutique 1
Œsophagite 593
Œstradiol 0,06 % gel 480
Œstrogènes locaux 630, 631
Œstroprogestatif(s) 171, 267
Ofloxacine 19, 101, 102, 200, 237, 567, 583
– + métronidazole 237
Olanzapine 613, 714
Oméprazole 190, 311, 357, 362, 595, 723, 727
Omoconazole 219, 278
Ondansétron 761
Onychomycose 219
Opioïdes
– faibles 10, 94
– forts 10
Opium 445, 451, 767
Optive Fusion® 627
Orgelet 501
Orlistat 499
Orthophonie 538
Oseltamivir 336
Ostéomalacie 505
Ostéopathie fragilisante 509
Ostéoporose 500, 509
Otalgies 25
Otite 513, 515, 516, 517
Ovaires polykystiques 350
Oxazépam 357
Oxomémazine 694
Oxybutynine 274, 376
Oxyde de zinc 343
Oxygénothérapie 423, 426
Oxymétazoline 599, 604
– + benzalkonium 599, 604
Oxytétracycline + polymyxine B + dexaméthasone + nystatine 515
Oxyurose 523

P

Paget (maladie osseuse de) 527
Pain dermatologique 31, 224
Palipéridone 614
Pancréatine 533
Pancréatite chronique 531
Pansements 731
Pantoprazole 547
Paracentèse 519
Paracétamol 59, 89, 93, 125, 130, 144, 145, 241, 267, 293, 335, 347, 445, 446, 451, 480, 487, 515, 519, 529, 533, 547, 558, 563, 599, 642, 651, 688, 689, 747, 767
– + codéine 241
– + opium 445, 767
– + tramadol 93
– enfant ou nourrisson 181
– solution buvable 747
Parasympathomimétiques 617
Parkinson (maladie de) 535
Paroxétine 209, 709
Pédiculose du cuir chevelu 541
Pelade 61
Pénicilline
– A 17
– G 668
– V 279, 656
Péricardite aiguë 545
Périndopril 24
Perlèches 133, 549
Perméthrine crème 544

Péroxyde de benzoyl 31
Phénazone 519
Phloroglucinol 166, 234, 267, 642, 723
Phosphore 505
Photosensibilisation 669
Photothérapie 434, 435
Pilocarpine 619, 627
Pityriasis versicolor 553
Pivmécillinam 198
Pneumopathie aiguë communautaire de l'adulte 555
Polyarthrite rhumatoïde 561
Polyéthylène glycol 165, 723
Polymyxine B + néomycine + fluocinolone 515
Poudre d'opium 445
Praziquantel 494, 524, 678, 679
Prednisolone 435, 436
Prednisone 85, 149, 332, 361, 575, 651
Prégabaline 294, 768
Primidone 697
Pristinamycine 17, 84, 125, 278, 301, 522, 557, 559, 651
Probénécide 332
Progestatif 171
Progestérone 246, 268, 473
Promestriène 631
Prométhazine sirop 747
Propionate de clobétasol 435, 436, 441
Propranolol 480, 674, 697, 705
Prostatite aiguë 565
Prurit 186, 569
Pseudoéphédrine 599
Pseudopolyarthrite rhizomélique 573
Psoralène 435
Psoriasis 577
Pyélonéphrite aiguë 581
Pyrantel 525
Pyridoxine 206
Pyrosis 593

Q

Quétiapine 49, 209, 614, 713
Quinine 185

R

Rachialgies 443
Raloxifène 510
Ramipril 80, 89, 382, 423
– + hydrochlorothiazide 382
Raynaud (phénomène de) 585
Rectite radique 589
Reflux gastro-œsophagien 593
Refroidissement 139
Régime hyposodé 423, 575
Régurgitations 593
Relaxation 293
Remédiation cognitive 720
Replens® 631
Restriction calorique 499
Rhinite
– aiguë 597
– chronique 601
Rhinopharyngite 597
Rhumatisme inflammatoire 561
Rifampicine 18
Rifamycine pommade 503
Rispéridone 613, 709
Risque
– embolique 285
– hémorragique 286
– suicidaire 207
Rituximab 562
Rivaroxaban 23, 258, 287, 683

Ropirinole 537
Rosacée 607
Roxithromycine 558, 559, 656

S
Saignée 339
Salbutamol 109
Salpingite 403
savon sans savon 623
Schizophrénie 611
Score
– CHA2DS2-Vasc 285
– HAS-BLED 286
– IPSS (International Prostate Score Symptom) 46
– de Mac Isaac 74
– PESI : Pulmonary Embolism Severity Index 256
Sécheresse
– buccale ou xérostomie 617
– cutanée ou xérose 621
– oculaire 160, 161, 625
– vaginale 629
Serenoa repens® 44
Sérum physiologique 519, 599
– à usage nasal 604
Sevrage
– alcoolique 633
– aux opiacés 639
– tabagique 645
Sildénafil 399
Sinusite aiguë 649
Solution de réhydratation orale 233, 317
Son de blé ou d'orge 165, 723
Sotalol 288
Spiramycine 559
Spironolactone 101, 353, 423
Splénectomie 655
Spondylarthrite ankylosante 659
Squames du cuir chevelu 223
Sténoses carotidiennes 24
Stress 480, 495
Stupéfiants (prescription de) 12
Substituts nicotiniques 89
Subutex® 641
Sucralfate 312
Sulfadiazine argentique 130
Sulfaméthoxazole-triméthoprime 19, 522, 583
Sulfamide(s) 18
– hypoglycémiants 226
Sulfate de morphine 241, 452
– à libération prolongée 446
Sumatriptan 479
Surcharge en fer 337
Surconsommation médicamenteuse 322
Surdité 25
Surdité brutale unilatérale 663
Surpoids 35
Sympathectomie thoracique 377
Syndet 31, 224
Syndrome
– dyspeptique 721
– de Gougerot-Sjögren 160, 617
– d'iris flasque peropératoire 45
– parkinsonien 536
Synergistine 559
Syphilis primaire 667

T
Tabagisme 645
Tachycardies jonctionnelles 671
Tacrolimus pommade 757
Taeniasis 677
Télangiectasies 589
Ténesme 231, 589

Terbinafine 215, 219, 220
Tériparatide 510, 512
Tétracyclines 18
Thérapie(s)
– cognitivocomportementale 420, 615, 706, 715, 720
– corporelles 720
Thiamine 185, 206
Thrombose veineuse
– profonde 279, 681, 687, 689
– superficielle 687
Tinzaparine 258, 362, 683
Tique 459
Titration morphinique 157, 242
Tobramycine 161, 415
Tociluzimab 562
Tophus 329
Topiramate 479
Toxi-infections alimentaires 315
Toxine
– botulinique 697
– botulique A 377
Traitement
– antiagrégant 21
– anticoagulant 21, 685, 687
– antigonadotrope 267
– de la ménopause 471, 632
Tramadol 93, 130, 241, 278, 451, 494, 533, 768
– + paracétamol 130, 241
Tremblement essentiel 695
Trétinoïne 31
Triamcinolone acétonide 112
Trichomonose 699
Trihexyphénidyle 614
Trinitrine 79
Triptans 477
Trolamine 130
Trouble(s)
– anxieux aigu 703
– anxieux chronique 707
– bipolaire 711
– cognitifs 611
– du comportement alimentaire 717
– dépressif caractérisé 207
– fonctionnels digestifs 721
Troubles de l'équilibre 25

U

Ulcère
– duodénal 725
– gastrique 725
– des membres inférieurs 729
Ulipristal acétate 177
Uréthrite aiguë 733
Urétrite 403, 699
Urticaire aiguë 737

V

Vaccin antipneumococcique 520
Vaginose bactérienne 741
Valaciclovir 347, 767
Vardénafil 399
Varicelle 745
Vaseline salicylée 750
Ventilation non invasive (VNI) 427
Vérapamil 674
Verrues cutanées 749
Vertige 751
Vitamine
– B1 635
– B6 635
– B12 67, 68, 312
– C 636
– D 505
– D2, solution huileuse 636
– D3 189, 190, 361, 362, 435, 436, 575
– K (aliments riches en) 259
– PP 636

Vitiligo 755
Vomissements 231
– et nausées chimio-induits 759
Vulvo-vaginite 699

W
Warfarine 258, 287, 683
Wolf-Parkinson-White 671

X
Xérose 211, 571

Z
Zolpidem 419
Zona 765
Zopiclone 419